

---

# Le Médecin Spécialiste

---

Organe du Groupement des Unions  
Professionnelles Belges  
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS  
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof  
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles  
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

**N° 6 / AOUT 2005**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

## MANIFESTATION CONTRE LA POLITIQUE DE DEMOTTE: BRUXELLES - 24/09/2005

Avec les pouvoirs spéciaux que lui octroie l'article 58 de la loi sur les Soins de santé du 27 avril 2005, le Ministre DEMOTTE peut faire n'importe quoi *"aux fins de concrétiser l'objectif budgétaire global 2005 dans l'assurance soins de santé"*.

Il retient l'index de 1,55% qui revient de droit aux médecins et s'empresse de préparer un arrêté d'exécution pour pouvoir sanctionner d'amendes minimales de 125€ les médecins qui réclameraient un supplément d'index de 0,29€ pour une consultation ou 0,45€ pour une visite à domicile.

Les tracasseries administratives en matière de prescription de médicaments prennent des dimensions caricaturales, tant pour les généralistes que pour les spécialistes. Là aussi DEMOTTE s'empresse de faire publier un arrêté de pouvoirs spéciaux de manière à pouvoir mettre sous "monitoring" pendant au moins 6 mois, la pratique complète d'un médecin prescrivant moins de médicaments bon marché que la moyenne (non scientifique que le ministre a déterminé lui-même). Si le praticien concerné n'adapte pas son comportement, il sera sanctionné.

Sous la dénomination "Be.Health", DEMOTTE est en train de développer un Big Brother dans lequel il veut fourguer les données de tous les dossiers médicaux, de manière à pouvoir les utiliser à d'autres fins que celle de soigner les malades. Le médecin gardien du dossier devient le preneur d'otage obligatoire de ses propres patients. Dans ces conditions, la garantie du secret médical devient source des plus grandes inquiétudes, d'autant plus que les praticiens restent totalement tenus à l'écart du projet. Cela n'empêche cependant pas DEMOTTE de vouloir faire de l'enregistrement électronique des données, selon les règles qu'il fixe lui-même, une condition absolue pour pouvoir exercer la médecine.

Dans les hôpitaux, le ministre tronque l'autonomie des médecins et crée davantage de bureaucratie, en forfaitarisant la consommation de médicaments et instaurant le financement par pathologie. Bientôt le médecin devra demander au gestionnaire quelle médication il peut encore prescrire et quelles pathologies il pourra encore traiter, voire comment...

Dans le secteur de la réadaptation le ministre impose des économies aveugles qui frappent d'une part les patients par le rationnement des soins, et d'autre part les praticiens par les coupes sombres dans leurs budgets.

Les secteurs forfaitarisés avec des enveloppes fermées sont en effet des proies faciles pour la rage budgétaire de l' Autorité. La biologie clinique et l'imagerie médicale encaissent régulièrement une nouvelle part d'économies. Récemment les urgences de nuit ou de week-end ont été supprimées ou réduites d'une manière draconienne. .

Malgré le moratoire bidon des retenues sur les honoraires, la facture de la solidarité hospitalière ne cesse d'accroître. Mais là, DEMOTTE joue sur deux tableaux à la fois: après les honoraires médicaux, le budget hospitalier ...

Alors qu'un arrêt récent de la Cour d'Appel avait précisé que la préparation, l'assistance et l'instrumentation par le personnel infirmier du quartier opératoire était une mission couverte par le budget des moyens

financiers (BMF) de l'hôpital, DEMOTTE modifie lui-même les règles en excluant les "instrumentistes" du BMF. Le budget du quartier opératoire deviendra-t-il une boîte vide?

Le premier lundi du mois d'octobre, le Comité de l'Assurance de l'INAMI devra fixer le budget des soins de santé pour 2006. La dernière semaine de septembre sera donc décisive pour les préparatifs budgétaires au niveau de l'INAMI.

C'est la raison pour laquelle l'ABSyM invite toutes les organisations médicales **à se joindre à la manifestation qu'elle organise à Bruxelles, le SAMEDI 24.09.2005 à partir de 14h30 (départ à la Bourse) contre la politique de DEMOTTE** qui laisse les soins de santé entre les mains de comptables, économistes et juristes, sans se priver d'offenser les médecins et les autres dispensateurs de soins, en les culpabilisant systématiquement sur base d'approches toutes faites et purement budgétaires.

Médecins généralistes et spécialistes, intra- et extra-hospitaliers, flamands, bruxellois, wallons et germanophones, montrez à ce Gouvernement violacé que nous en avons assez de l'étatisation rampante des soins de santé et de notre profession.

**PAS DE MEDECINE SANS MEDECINS.**  
**LES MEDECINS EXIGENT AUTONOMIE ET RESPECT**

En comptant fermement sur votre présence nombreuse au rendez-vous.

Au nom du Comité de direction de l'ABSyM et du bureau exécutif du GBS,

Dr Marc MOENS  
Président de l'ABSyM,  
Secrétaire générale du GBS.

---

**AR du 11 juillet 2005 modifiant l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux – MB du 25/07/2005**

**LE MINISTRE DEMOTTE VEUT-IL QUE TOUTES LES DISCIPLINES CHIRURGICALES DEPOSENT LES INSTRUMENTS?**

Le ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique vient de publier un AR (11 juillet 2005) dans le moniteur belge (25 juillet 2005) dans lequel une série d'adaptations est apportée à l'arrêté du 25.04.2002 sur le budget des hôpitaux.

L'art. 1 de l'AR précité modifie l'article 13 de l'arrêté de base qui détermine les éléments constitutifs de la sous-partie B2 (frais du personnel) du budget des moyens financiers des hôpitaux. Le point 1° de cet article devient maintenant : (le budget de la sous-partie B2 couvre:) "1° les frais du personnel infirmier et soignant, hormis les instrumentistes du quartier opératoire;".

Vive le bon sens des mesures gouvernementales! Que peut signifier cette exclusion d' "instrumentistes" du budget du quartier opératoire de hôpital ?

1. A notre connaissance, aucun professionnel des soins de santé ne détient le titre professionnel ou la compétence professionnelle particulière d' "instrumentiste". Selon le moniteur belge, le législateur belge connaît uniquement des "instrumentistes" dans le cadre de l'Orchestre (militaire) de la Musique royale des Guides, ou dans celui de la répartition hiérarchique des grades du personnel administratif, culturel et technique de la RTBF et de la VRT; enfin, la dénomination se retrouve encore dans la classification professionnelle de la sous-commission paritaire des cimenteries. Juridiquement, la disposition n'exclut donc aucune catégorie professionnelle qui pourrait avoir un rôle à jouer dans le budget des moyens financiers des hôpitaux.

2. Il y a bien un arrêté royal du 18 juin 1990 qui détermine la liste des "prestations et des actes techniques de soins infirmiers ". Cette liste se compose d'une part (annexe I) de la liste des prestations techniques de soins infirmiers (déterminées en application de l'art. 21 quinquies, §3 de l'AR n°78 du 10.11.1967 relatif aux professions des soins de santé), qui sont donc des prestations de soins infirmiers autonomes, réparties à leur tour en prestations "B1" pour lesquelles aucune prescription médicale n'est nécessaire, et les prestations "B2" pour lesquelles une prescription médicale est bien nécessaire. D'autre part dans l'annexe II

de l'AR précité se trouve une liste d'actes qui peuvent être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, à savoir la liste C; il s'agit ici expressément d'actes médicaux confiés.

L'annexe I de l'AR précité du 18 juin 1990 mentionne sous la catégorie B1 "gestion de l'équipement chirurgical et d'anesthésie", et sous de la catégorie B2 "préparation, assistance et instrumentation lors d'une intervention chirurgicale ou médicale". Ces tâches appartiennent donc aux prestations de soins infirmiers autonomes. Elles s'intègrent dans la description des activités de base, c.-à-d. les missions normales des praticiens de l'art infirmier.

3. S'il est dans l'intention du ministre Demotte de ne pas couvrir via le budget de l'hôpital le personnel infirmier additionnel qui est employé, au-delà des normes de personnel, avec l'accord du conseil médical et à la demande des chirurgiens, alors cette mesure n' a pas beaucoup de sens et est en fait superflue. Les dispositions actuelles de l'article 140, §§4 et 5 de la loi sur les hôpitaux offrent en effet suffisamment de possibilités pour résoudre ce problème.

4. Si le but est toutefois de ne plus couvrir via le budget des moyens financiers de l'hôpital les prestations techniques de soins infirmiers précitées, c.-à-d. le "core business" du personnel du quartier opératoire, alors cette mesure est, pour rester poli, irréflectie. Depuis ses Dialogues de Santé Demotte caquette sur son refinancement des hôpitaux, mais il pond des coquilles vides en s'empressant d'envoyer la facture aux médecins. Qu'il sache que ce service d'ami à Jo Vandeurzen, président du CD&V, qui fait une fixation sur les "instrumentistes" depuis une bonne décennie, est tout à fait mal à propos parce qu'il risque de provoquer la désorganisation totale du fonctionnement infirmier normal et quotidien dans le noyau dur de l'hôpital.

Ils auraient tous deux mieux fait de réfléchir aux conséquences que cela pouvait engendrer, non seulement pour le budget de l'hôpital, mais avant tout pour les patients. La rage budgétaire et les obsessions politiques font peu de cas du facteur qualité. Les "préparation, assistance et instrumentation lors d'une intervention chirurgicale" n'étant désormais plus supposées couvertes par le budget des hôpitaux, Demotte et Vandeurzen auraient également dû tenir compte du fait que les prestations techniques de soins infirmiers ne sont pas reprises dans la nomenclature dès lors que le patient est hospitalisé. Ils ont donc créé le terrain idéal pour la chirurgie extra-hospitalière.

Si telle est l'intention de la disposition "hormis les instrumentistes du quartier opératoire", toutes les spécialités chirurgicales en milieu hospitalier se verront effectivement contraintes, ne fut-ce que pour des raisons de sécurité, à déposer les instruments.

Des actions et des manifestations appropriées sont prévues en septembre, en concertation avec toutes les associations professionnelles concernées et avec les syndicats médicaux.

Bien entendu, nous comptons sur l'accompagnement musical de tous les instrumentistes.

---

### Note CSS du Comité de l'Assurance 2005/218 du 14 juillet 2005

Concerne: conséquences de la dénonciation partielle de l'accord national médico-mutualiste par le banc médical en CNMM du 13.7.2005 (application du point 18.2.1.3 de l'accord - modification de la nomenclature non approuvée par la CNMM)

L'accord national médico-mutualiste n'est plus applicable depuis le 1er juillet 2005 aux prestations suivantes:

**Article 17, § 1er, 11°bis de la nomenclature**

**11°bis Résonance magnétique nucléaire.**

- prestations uniquement remboursables lorsque exécutées par un médecin spécialiste en radio-diagnostic dans un service agréé (appareil agréé);
- les examens d'IRM comportent au moins 3 séquences.

459395-459406 Examen d'IRM de la tête (crâne, encéphale, rocher, hypophyse, sinus, orbite(s) ou articulations de la mâchoire, minimum 3 séquences avec ou sans contraste, avec enregistrement soit sur support optique, soit électromagnétique N 180

459410-459421 Examen d'IRM du cou ou du thorax ou de l'abdomen ou du bassin, minimum 3 séquences avec ou sans contraste, avec enregistrement soit sur support optique, soit électromagnétique N 260

459491-459502 Examen d'IRM du rachis cervical ou thoracique ou lombosacré, minimum 3 séquences avec ou sans contraste, avec enregistrement soit sur support optique, soit électromagnétique N 180

**Cela veut dire que pour les patients assurés sociaux:**

- \* il n'existe plus d'honoraires conventionnés pour ces 4 prestations;
- \* les médecins concernés pourront fixer librement avec eux les honoraires à payer;
- \* ils seront remboursés par la mutuelle selon les taux actuels.

**Cela veut dire que pour les médecins-spécialistes en radio-diagnostic:**

- \* ils pourront fixer librement avec les patients les honoraires à payer;
- \* ils pourront, si toutes les autres conditions sont remplies, continuer à bénéficier du statut social, cette dénonciation étant limitée à quelques prestations.

**Remarques du groupe de travail de prévention et rééducation cardiovasculaire au sujet des mesures prises en matière de nomenclature de rééducation cardiaque.**

Le Ministre Demotte profite de la période des vacances pour forcer des économies draconiennes pour freiner l'augmentation des dépenses en soins de santé, plus particulièrement dans les coûts des soins de rééducation. Il part de la supposition sous-jacente qu'il y aurait un "accroissement anormal" dans les dépenses de la rééducation cardiaque ce qui nécessite, selon lui, une économie du même ordre de grandeur en 2005. L'INAMI avait constaté un accroissement des dépenses d'environ 34 % en 2004. La réduction des dépenses exigée serait de 1.6 à 1.9 millions € alors que les dépenses totales en rééducation cardiaque s'élèvent à 6.6 millions €.

Le projet élaboré par le Collège des Médecins Directeurs de l'INAMI prévoit une réduction draconienne du nombre de séances de rééducation remboursables: la durée du plan de rééducation est limité à 30 séances au maximum (actuellement 45) pour les patients avec infarctus aigu du myocarde, chirurgie coronaire, chirurgie pour malformation congénitale du cœur ou pour lésion valvulaire cardiaque, ou encore les cas d'angor résistant. Pour les patients venant de subir une dilatation à ballonnet, le nombre de séances est même réduit au tiers: 15 au lieu de 45 actuellement. Les cardiologues spécialistes en rééducation demandent avec insistance que la possibilité soit maintenue pour obtenir 15 séances supplémentaires pour les patients présentant une récupération insuffisante au terme de ce programme restreint, et ce sur base d'un rapport adressé au médecin-conseil. Le Collège a tout simplement rejeté cette demande.

Contrairement à ces mesures, il y a pourtant nombre d'arguments sérieux pour investir davantage en rééducation cardiaque:

1. L'INAMI se base sur un accroissement "anormal" du nombre de prestations dans ce secteur. S'il est vrai que l'augmentation des dépenses est plus importante que la croissance moyenne, ceci est en rapport avec la situation particulièrement spécifique de la rééducation cardiaque. En 1997-1998, il y avait en Belgique 23 centres agréés pour la rééducation cardiaque. En 2004, le nombre de centres montait à 36, soit un accroissement de 56 %.

A titre de comparaison: il existe environ 50 centres agréés pour la rééducation neurologique et locomotrice.

Cet accroissement de 56 % en 5 ans du nombre de centres agréés a évidemment eu des conséquences inévitables. La mise en service des nouveaux centres a généré un accroissement relativement plus important des prestations, d'où l'impression d'une croissance "anormale": entre 2003 et 2004, quatre centres supplémentaires ont été agréés (accroissement de 12,5 %). Mais en calculant par centre de rééducation cardiaque, l'accroissement des dépenses entre 2000 et 2005 est de 7 %, soit moins que l'inflation! Malgré l'augmentation du nombre de centres, actuellement un patient cardiaque ne peut toujours pas être soigné en rééducation dans un certain nombre de grands hôpitaux, contrairement à d'autres affections moins périlleuses pour les fonctions vitales qui couvrent la majeure partie d'autres formes de rééducation: un hôpital sur cinq seulement est capable d'offrir une rééducation cardiaque optimale.

Le fait que cette situation anormale a été progressivement corrigée durant ces dernières années, explique en majeure partie l'accroissement "anormal" du volume des prestations de rééducation cardiaque. A ce point de vue l'INAMI devrait abandonner l'approche par trop simpliste qui consiste à ne voir que l'évolution des dépenses, sans en analyser les véritables causes. Il est évident qu'un centre nouvellement créé développera toujours, durant les premières années, des activités croissant davantage que la moyenne.

2) Au niveau de l'INAMI semble également régner le préjugé que certains champs d'indications ont une fréquence plus que justifiée, plus particulièrement la décompensation cardiaque et l'angine de poitrine

résistante. Un rapide aperçu chez un certain nombre de grands centres de revalidation cardiaque nous apprend que les principaux champs d'indications sont les interventions cardiaques, les procédures interventionnelles et les infarctus (plus de 80 % des prestations ambulatoires) tandis que la décompensation cardiaque et l'angine de poitrine résistante ne représentent que 10-20 %. C'est surtout dans le domaine de la décompensation que l'on note une progression plus importante que les autres indications, dans les centres qui se développent, selon les visions scientifiques les plus récentes, comme de véritables centres spécifiques de décompensation cardiaque.

L'énorme croissance dans le domaine de la décompensation cardiaque chez notre population vieillissante (La Société Européenne de Cardiologie prévoit un redoublement du nombre de patients avec décompensation tous les dix ans, suite au vieillissement de la population!), avec comme conséquence les dépenses engendrées par les hospitalisations et interventions, peut en partie être contenue par un suivi méticuleux en revalidation dans ces centres de décompensation cardiaque.

Tant l'efficacité clinique que les effets d'économie d'une telle approche ont été clairement démontrés dans la littérature: une analyse Cochrane a démontré une réduction du nombre d'hospitalisations de l'ordre de 17 % dans le groupe de patients à décompensation cardiaque.

L'effet d'économie est d'autant plus rapide et apparent qu'il s'agit généralement de cas d'hospitalisation particulièrement longue. Les économies que peut générer un bon plan de rééducation restent peut être inaperçues lorsqu'on n'a d'yeux que pour l'accroissement annuel des prestations de rééducation dans une approche purement budgétaire. Il faut toutefois savoir que ces dernières années le même nombre de lits cardiologiques doit prendre en charge une population augmentant de plus de 10 % par an, avec une durée de séjour toujours plus courte. Seule une mobilisation rapide des patients hospitalisés et un suivi sérieux durant les premières semaines après leur sortie permettent de réduire la durée d'hospitalisation de ces patients et les garder à plus long terme en dehors du milieu hospitalier.

3) Les investissements que l'assurance-maladie a fait durant ces dernières années dans le cadre de la revalidation cardiaque ne sont effectivement pas négligeables, mais ces dépenses doivent être prises en compte dans une perspective vis à vis d'autres dépenses. Une hospitalisation en vue d'une dilatation à ballonnet avec placement d'un stent entraînera une dépense moyenne globale de l'ordre de 5.000 à 6.500 €. Par rapport à cela le coût moyen d'un programme complet de rééducation sera de l'ordre de 1.000-1.200€. Une étude récente effectuée dans quelques hôpitaux belges (réf. en annexe) a évalué le risque de récurrence d'hospitalisation et d'intervention sur un échantillon d'environ 200 patients ayant suivi un plan de rééducation cardiaque standard "belge" par rapport aux patients n'ayant pas bénéficié d'un tel programme (faute d'agrément dans le centre référent). Cette étude démontre que le risque de récurrence (avec les coûts qui en découlent pour l'assurance maladie) était nettement plus bas pour le groupe ayant bénéficié du programme de rééducation, malgré le fait que le traitement et suivi cardiologiques étaient exactement comparables! La différence de risque de récurrence d'une nouvelle dilatation à ballonnet dans une période consécutive de 15 mois seulement était très significative (17 % contre 30 %): un simple calcul ne tenant compte que du coût direct de l'intervention additionnelle donne une dépense supplémentaire pour le groupe sans rééducation de 65.000 à 84.500 €. La réduction des dépenses directes générées dans les 15 mois grâce au plan de rééducation compense déjà plus de la moitié du coût lié à la rééducation. Bien sûr ce rapide calcul ne tient ni compte des effets complémentaires à long terme par l'adaptation du mode de vie, ni des coûts de l'incapacité de travail, ni du moindre coût en médication: d'autres données scientifiques provenant des centres de rééducation cardiaques belges démontrent incontestablement qu'un programme de rééducation cardiaque provoque également des effets bénéfiques sur le plan de la reprise du travail. Un programme de rééducation cardiaque doit par conséquent être considéré comme un élément réducteur de dépenses fondamental.

4) Dans sa politique, le ministre part, à juste titre, de l'intérêt de la prévention dans la maîtrise des dépenses des soins de santé. Dès lors, il est très difficile à comprendre qu'une des seules formes de prévention secondaire telle qu'elle est organisée actuellement dans les centres de revalidation cardiaque agréés, soit touchée par des restrictions linéaires. Dans les centres agréés, on travaille intensivement à modifier le mode de vie et les habitudes alimentaires du patient, et des séances de désaccoutumance au tabac sont organisées. Les associations Européennes et Américaines pour la Cardiologie ont elles-aussi raison de se baser sur le principe "Cardiac Rehabilitation AND Secondary Prevention". Un patient ne parviendra pas, dans la plupart des cas, même après une hospitalisation pour une affection cardiaque, à adapter et assainir son mode de vie, sans un accompagnement professionnel. La prévention secondaire est donc fondamentalement intégrée dans le fonctionnement des centres de revalidation cardiaque. Exclure certains groupes de patients de cette approche préventive ne peut que générer, dans un avenir très proche, que des dépenses plus importantes: ainsi l'arrêt du tabagisme chez un patient cardiaque entraînera, déjà après un an, une baisse importante du risque de ré-hospitalisation d'environ 20 %, avec un bénéfice sanitaire permanent pour les années suivantes. Une étude belge présentée récemment lors du symposium du Groupe de Travail Européen pour la Revalidation Cardiaque a montré qu'un court programme d'antitabagisme dans

le cadre d'un programme de revalidation suite à une affection cardiaque pouvait parvenir à obtenir une abstinence à long terme de plus de 65 %!<sup>1</sup>

5) Dans notre pays, les maladies cardio-vasculaires sont actuellement la cause de mortalité de 34 % chez les hommes et de 42 % chez les femmes; elles génèrent plus de 10 % de toutes les hospitalisations; cependant elles n'épuisent pas une partie équivalente, loin de là, du budget de l'assurance maladie: actuellement, le budget de la rééducation cardiaque s'élève environ à 2 % du budget total de revalidation. En tenant compte des données scientifiques montrant qu'une revalidation et une prévention optimales jouent un rôle très important dans la maîtrise de l'épidémie des maladies cardio-vasculaires, il semble évident qu'une politique qui tend à exclure de la revalidation la plus lourde catégorie à risque que sont les patients cardiaques, ne peut guère être considéré comme une "evidence based policy". Les directives de l'Association Européenne pour la Cardiologie plaident pour une participation beaucoup plus importante de ces patients à un programme de rééducation, étant donné le bénéfice sanitaire direct et très rapide (et donc aussi pour le budget de l'assurance maladie) qui en résulte.

6) Pour obtenir une idée du juste besoin en revalidation cardiaque, le Groupe de Travail pour la Prévention et la Revalidation Cardio-Vasculaires de l'Association Belge pour la Cardiologie effectue une étude basée d'une part sur des données publiées et d'autre part sur une comparaison avec la programmation dans nos pays voisins, cette dernière via contacts avec le Groupe de Travail Européen pour la Revalidation et la Prévention Cardiaques. Nous voulons de cette manière faire une présentation bien étayée des besoins auxquels on peut s'attendre en matière de nouveaux agréments et en vue d'adaptations éventuelles de la nomenclature. De cette manière, un planning pro-actif peut être établi et les moyens financiers pourront être prévus dans un budget adapté. Par une programmation optimale de l'offre des centres de revalidation par région et une évaluation des soins fournis et de l'application de la réglementation en la matière, il doit être possible de concilier les soins optimaux pour les patients et un rythme de croissance raisonnable des dépenses.

7) La revalidation cardiaque est un centre d'activités à fort coefficient de travail: dans une équipe de revalidation cardiaque, les kinésithérapeutes, infirmiers sociaux, diététiciens, psychologues et médecins cardiologues revalidateurs s'intègrent au programme multidisciplinaire. Si les restrictions annoncées sont opérées, il en résultera, à côté de la restriction des soins aux patients, sans doute également une importante réduction de l'emploi dans ce secteur; les kinésithérapeutes seraient notamment une fois de plus menacés de coups durs.

Au nom du Groupe de Travail pour la Prévention et la Revalidation Cardio-Vasculaires de l'Association Belge pour la Cardiologie,

Paul Dendale, Hôpital Virga Jesse à Hasselt.

#### QUELQUES DONNEES SCIENTIFIQUES REPRESENTATIVES CONCERNANT LA REVALIDATION CARDIAQUE

1) Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. American Heart Association Scientific Statement. Circulation 2005;111:369-376

"..cardiac rehabilitation services remain underused..."

"...rehabilitation was associated with lower total and cardiac mortality rates compared with usual medical care" : total mortality – 20%, non-fatal MI – 21%, CABG – 13%, PTCA – 19%

2) Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure. Circulation 1999;99:1173-1182

"Exercise training was associated with both lower mortality (relative risk 37%) and hospital readmission for heart failure (relative risk 29%)"

"...demonstrate that long-term moderate exercise training improves functional capacity and quality of life in patients with stable chronic heart failure. Both benefits were observed immediately after two months training and were maintained at 1 year with a supervised program.."

"...translate into a lower rate of hospital readmission for cardiac insufficiency and a lower mortality rate."

3) Exercise based rehabilitation for patients with coronary heart disease : systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Med 2004;116:682-692

---

<sup>1</sup> Ndlr : entre temps, le ministre DEMOTTE a décidé d'investir 3 millions € dans l'accompagnement des femmes enceintes et de leur partenaire qui tentent d'arrêter de fumer.

"Compared with usual care, cardiac rehabilitation was associated with a reduced all-cause mortality (odds ratio 0.80) and cardiac mortality (odds ratio 0.74), greater reductions in cholesterol level, triglyceride level and systolic blood pressure"

4) Changes in cardiorespiratory fitness, psychological wellbeing, quality of life, and vocational status following a 12 month cardiac exercise rehabilitation programme. Heart 1999;81:359-366

"...a larger percentage of the regular exercisers resumed full time employment and they returned to work earlier than controls"

5) Cardiac rehabilitation reduces the rate of major adverse cardiac events after percutaneous coronary intervention. Eur J Cardiovasc Nurs 2005 in press

"The incidence of MACE in the rehabilitation group is significantly lower than in the control group (24% vs 42%)"

"...which results in decreased hospitalisation and the need for revascularisation, may contribute to an important decrease of health care costs"

6) Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly. American Heart Association Scientific Statement. Circulation 2002;105:1735-1743

"Cardiac rehabilitation programs are particularly well suited to the provision of secondary prevention services..."

"Greater involvement of the elderly in these programs is needed to fully realize the therapeutic and secondary prevention potential"

7) Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation. Guidelines of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2003;24:28-66

"Rehabilitation is indicated in patients with significant left ventricular dysfunction. The process should start as soon as possible and be continued in the succeeding weeks and months."

8) ACC/AHA Practice Guidelines for Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. J Am Coll Cardiol 2001; 38: 2101-13

"Exercise training should be considered for all stable outpatients with chronic HF who are able to participate in the protocols needed to produce physical conditioning. Exercise training should be used in conjunction with drug therapy."

9) ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol 2004;44:671-719

"Secondary prevention services remain discouragingly underutilized despite the compelling evidence for and large magnitude of their benefits. ...Referral to outpatient cardiac rehabilitation can aid in attainment of these goals"

10) Exercise training intervention after coronary angioplasty : the Ethica trial. J Am Coll Cardiol 2001;37:1891-1900

"During the follow-up trained patients had a significantly lower event rate than controls (11.9 vs 32.2%) and a lower rate of hospital readmission (18.6 vs 46%)"

---

**AR du 20 juillet 2005 modifiant la nomenclature des prestations de Rééducation  
- MB 29/07/2005**

L'AR du 20 juillet 2005 introduit un précédent jamais vu jusqu'à ce jour. Le solde des prestations de rééducation accordées, avant l'entrée en vigueur de cet arrêté, n'est, du jour au lendemain, plus remboursable dans le cas d'une angine pectorale résistante.

**Article 1<sup>er</sup>.** Au chapitre IV, A, de l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, modifié par l'arrêté royal du 10 mai 1996, le premier alinéa, 6°, est abrogé.

**Art. 2.** Pour le bénéficiaire présentant l'une des pathologies cardiaques mentionnées au chapitre IV, A, premier alinéa, 6°, de l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 précité et qui est encore traité à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté, **le solde des prestations 771201, 771212 - 771223 accordées n'est plus remboursable à partir de cette date d'entrée en vigueur.**

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il a été publié au Moniteur belge, c.-à-d. le 1<sup>er</sup> août 2005.

**Lettre du 20/07/2005 du Conseil d'Administration de la Société Belge de Pneumologie et du groupe « Respiratory Somnology » au Ministre DEMOTTE: Proposition du Collège des médecins-directeurs du 27 juin 2005 en matière de CPAP en cas de SAOS**

Concerne : Convention « assistance ventilatoire mécanique à domicile » - Proposition du Collège des médecins-directeurs du 27 juin 2005 en matière de CPAP en cas de SAOS.

Monsieur le Ministre,

Le Collège des médecins-directeurs de l'INAMI nous a informé en date du 07.07.2005 qu'il souhaitait soumettre au prochain Comité de l'assurance des propositions en matière de prix journalier pour la prestation CPAP de **2,65 E** en lieu et place des **3,58 E** prévus pour 2005 (**soit une réduction de 26%**) dans le cadre de cette convention. Il est en outre prévu une intervention personnelle du patient pour un montant de 0,25 E. Cette proposition résulte de vostra volonté personnelle d'économiser dans ce secteur de l'ordre de 7.500.000 E par an. S'y associent une série de mesures d'économie très discutables comme la non indexation d'une large partie du montant, l'adaptation éventuelle des prix si et seulement si les frais ne sont plus couverts pendant deux années comptables successives, la poursuite du non remboursement en cas d'hospitalisation du malade, de même qu'une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> août 2005. L'ensemble des membres du Conseil d'Administration de la Société Belge de Pneumologie et du groupe de travail « Respiratory Somnology » de notre Société considèrent que ces propositions sont inacceptables et nuiront gravement à la qualité de la prise en charge de ce problème de santé publique important.

A la demande de l'INAMI et en rapport avec cette problématique, la Société Belge de Pneumologie a effectué de nombreux devoirs depuis fin 2003 (tous transmis à l'INAMI) qui comprennent un rapport d'évaluation complet de l'assistance ventilatoire mécanique à domicile par CPAP, et plusieurs propositions de prix journalier argumentées sur la base d'une évaluation approfondie des différents coûts. A titre indicatif, lorsque l'analyse était basée sur des critères objectifs, la dernière proposition de la Société Belge en date du 28.06.05 était de 2,92 E (**il s'agit donc d'une proposition spontanée des pneumologues de réduire le prix journalier de 3,58 E à 2,92 E, soit 19%**) et celle en date du 16.06.05, émise par l'INAMI, de 2,73 E. Il est important de souligner que la dernière proposition de prix journalier (2,65 E) faite par l'INAMI et qui devrait faire l'objet d'un simple avenant financier à la convention actuelle est inférieure à sa propre évaluation objective préalable (2,73 E). Il nous apparaît clairement que l'évaluation objective n'a dans cette problématique aucune place et que le seul souci qui transparaît dans chacun des éléments de la proposition de l'INAMI est de rencontrer la volonté d'économiser, sur des bases non rationnelles, une somme prédéterminée.

L'économie globale de 7.500.000 E aux dépens de 56 services de Pneumologie du pays est disproportionnée, inacceptable et grèvera inévitablement la qualité des soins dispensés aux malades. En conclusion des discussions que nous avons eues au sein de la Société ces derniers jours, nous estimons, si cette proposition du Collège des Médecins-Directeurs est acceptée, devoir réagir. La

première mesure consistera certainement à informer complètement, par courrier unique, les 17.000 malades qui bénéficient de ce traitement, dans l'urgence puisque l'avenant devrait prendre cours au 1<sup>er</sup> août 2005. Nous discuterons en même temps avec nos membres de l'opportunité qu'il y aurait de signer une convention dont le prix journalier ne couvre pas, à l'évidence de l'analyse objective des deux parties, les coûts. Enfin, dans la mesure où ces propositions risquent de malmener la continuité des soins et instaurent une réelle rupture avec la pratique passée, nous prendrons les avis juridiques qui s'imposent. A la lumière des évolutions récentes et étant donné le manque d'accord, aucune des propositions spontanées de la Société Belge de Pneumologie dans le sens d'économies dans ce secteur ne peuvent être considérées comme acquises. Nous restons bien entendu disposés à rediscuter sur des bases plus rationnelles de cette problématique.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ce courrier, nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de nos sentiments respectueux.

Pour le Conseil d'Administration de la Société Belge de Pneumologie et le groupe « Respiratory Somnology »



**AR du 11 juillet 2005 modifiant les articles 28 et 35 de la nomenclature  
– MB 25/07/2005**

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 28, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités modifié par les arrêtés royaux du (...), les prestations 638713-638724, 638735-638746 et 638750-638761 sont supprimées;

**Art. 2.** A l'article 35 de l'annexe du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des (...), sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1, A. Orthopédie et traumatologie, catégorie 2, l'intitulé et les prestations suivantes sont introduits après l'intitulé « Humérus : » :

« 695074-695085

Tige humérale monobloc pour placement avec ciment U 890  
695096-695100

Tige humérale monobloc pour placement sans ciment U 890  
695111-695122

Tige humérale monobloc pourvue d'un revêtement ostéotrope ou d'un coating poreux U 890  
695133-695144

Tige humérale monobloc pour révision utilisée lors de la prestation 286635-286646 U 890  
695155-695166

Tige humérale standard pour placement avec ciment U 712  
695170-695181

Tige humérale standard pour placement sans ciment U 712  
695192-695203

Tige humérale standard pourvue d'un revêtement ostéotrope ou d'un coating poreux U 763  
695214-695225

Tige humérale pour révision utilisée lors de la prestation 286635-286646 ou pour reconstruction U 1069  
695236-695240

Tige humérale composée de plusieurs éléments (3e generation : inclus entretoise / rehausseur / exentreur) pour placement avec ciment U 827  
695251-695262

Tige humérale composée de plusieurs éléments (3ème génération : inclus entretoise / rehausseur / exentreur) pour placement sans ciment, pourvue ou pas d'un revêtement ostéotrope U 1020

Les prestations 695236-695240 et 695251-695262 ne sont pas cumulables avec la prestation 695450-695461.

695273-695284

Prothèse céphalique U 636  
695295-695306

Tête humérale standard ou petite tête interne de la tête bipolaire U 382  
695310-695321

Tête humérale bipolaire U 636  
695332-695343

Tête humérale en céramique U 560  
695354-695365

Glénoïde pour prothèse de l'épaule - Standard en polyéthylène U 305  
695376-695380

Glénoïde non-modulaire d'une pièce pour prothèse de l'épaule, avec partie externe en métal et partie intérieure recouverte de polyéthylène (metal backed) U 407  
695391-695402

Partie externe d'une glénoïde modulaire pour prothèse de l'épaule – standard U 277  
695413-695424

Partie interne d'une glénoïde modulaire pour prothèse de l'épaule U 185  
695435-695446

Eléments composant une prothèse inversée de Gramont, autre que la tige U 763

2° Au § 1, A. Orthopédie et traumatologie, catégorie 2, les prestations 680396-680400, 680411-680422 et 680433-680444 sont supprimées.

3° Au § 16, A. Orthopédie et traumatologie, catégorie 2, l'intitulé et les prestations suivants sont introduits avant l'intitulé « Catégorie 3 : »

« Humérus :

695074-695085, 695096-695100, 695111-695122, 695133-695144, 695155-695166, 695170-695181, 695192-695203, 695214-695225, 695236-695240, 695251-695262, 695273-695284, 695295-695306, 695310-695321, 695332-695343, 695354-695365, 695376-695380, 695391-695402, 695413-695424, 695435-695446, 695450-695461 »

4° Au § 17 sont apportées les modifications suivantes :

a) A l'intitulé « - 20 % pour les prestations : », A. Orthopédie et traumatologie, l'intitulé et les prestations suivants sont introduits avant l'intitulé « E. Urologie et néphrologie » :

« Humérus :

695074-695085, 695096-695100, 695133-695144, 695273-695284, 695295-695306, 695310-695321, 695332-695343, 695435-695446 »

b) Les intitulés et les prestations suivants sont introduits avant l'intitulé « - 30 % pour les prestations:»:

« - 25 % pour les prestations :

A. Orthopédie et traumatologie :

Humérus :

695155-695166, 695170-695181, 695214-695225 »

c) A l'intitulé « - 30 % pour les prestations : », A. Orthopédie et traumatologie, l'intitulé et les prestations suivants sont introduits avant l'intitulé « - 36 % pour les prestations : » :

« Humérus :

695111-695122, 695354-695365, 695376-695380, 695391-695402, 695413-695424 »

d) Les intitulés et les prestations suivants sont introduits avant l'intitulé « - 36 % pour les prestations:»:

« - 35 % pour les prestations :

A. Orthopédie et traumatologie :

Humérus :

695192-695203, 695236-695240, 695251-695262, 695450-695461 »

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

### AR du 26 juillet 2005 modifiant la nomenclature de logopédie – MB 29/07/2005

*Pour plus d'information, veuillez consulter la version électronique du "Médecin Spécialiste" sur notre site internet [www.gbs-vbs.org](http://www.gbs-vbs.org).*

### Règles interprétatives relatives aux articles 35, § 1 et 35bis de la nomenclature des prestations de santé

#### Article 35, § 1<sup>er</sup>

##### Règle interprétative 1 (en vigueur au 29/07/2005)

##### Question

Un neurostimulateur implanté en cas de CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) peut-il faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire via la prestation 683093-683104 ?

##### Réponse

Non, un neurostimulateur implanté en cas de CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) ne peut pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance via la prestation 683093-683104. »

Règle interprétative 2 (en vigueur au 01/06/2005)

Question

Les quatre prestations suivantes peuvent-elles être attestées à l'occasion de la prestation 684375-684386 «Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur»?

685731-685742

Electrode endocardiale unipolaire implantable pour la prestation 684530 – 684541 U 598

685753-685764

Electrode endocardiale bipolaire implantable pour la prestation 684530 – 684541 U 598

685775-685786

Electrode myocardiale implantable pour la prestation 684530 – 684541 U 598

685790-685801

Electrode endocardiale single-pass implantable pour la prestation 684530 – 684541 U 814

Réponse

Etant donné que la prestation 684375-684386 a été créée uniquement pour distinguer le premier stimulateur cardiaque du stimulateur cardiaque de remplacement, les prestations 685731-685742, 685753-685764, 685775-685786 et 685790-685801 peuvent être attestées à l'occasion de la prestation 684375-684386 «Stimulateur cardiaque de remplacement, y compris l'adaptateur ». »

**Article 35bis, § 1<sup>er</sup>**

Règle interprétative 14 (en vigueur au 01/06/2005)

Question

L'intervention forfaitaire pour la prestation 687573-687584 « Système disponible de drainage thoracique (péricarde, plèvre, médiastin) au moins par triple chambre... U 55 » doit-elle être considérée comme étant d'application par pièce ?

Réponse

L'intervention forfaitaire pour la prestation 687573-687584 doit être considérée comme étant d'application par pièce. »

---

**PRIX SCIENTIFIQUES QUINQUENNAUX DU F.N.R.S. – PERIODE 2001 - 2005**

Les Prix scientifiques quinquennaux du F.N.R.S., pour la période 2001-2005, viennent d'être décernés.

- Prix scientifique Joseph Maisin - Sciences biomédicales fondamentales :

M. Jean-Claude HENQUIN, Professeur à l'Université Catholique de Louvain, chercheur de renommée mondiale dans le domaine de la diabétologie scientifique. Ses études, mondialement reconnues, ont clarifié les mécanismes cellulaires qui transmettent l'effet d'une augmentation de la glycémie sur l'insulino-sécrétion. Ses découvertes ouvrent de nouvelles options dans le traitement du diabète non-insulinodépendant.

- Prix scientifique Joseph Maisin - Sciences biomédicales cliniques :

M. Jean-Michel FOIDART, Professeur à l'Université de Liège. Son travail concerne la biologie cellulaire de la matrice extracellulaire. Il a notamment caractérisé la laminine et les metalloprotéases notamment celles qui sont induites au voisinage des tumeurs. Son travail s'est intéressé aussi aux mécanismes de la prééclampsie. L'ensemble de son travail a abouti à plus de 350 publications dans les meilleures revues du monde.

La cérémonie de remise de ces Prix aura lieu à l'automne 2005 au Palais des Académies.

---

**ANNONCES**

04017\* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73

04026\* **JODOIGNE** : Le cabinet médical du Marché aux Chevaux cherche **SPÉCIALISTES** collaborateurs. Tél. soir 02/779.28.15 ou 0479.45.80.41.

04099 **FRANCE** : Languedoc 10 min de la mer : Groupe de quatre **RADIOLOGUES** cherche successeur cause retraite d'un des associés. Radiologie générale, mammographie dépistage, échographie, pars scanner et Irm privés.

Cabinet en pleine expansion, dans bel immeuble 2003 privé avec parking clientèle. CONTACT: 00.33.6.08 92 08 04 – 00.33.6.81 79 64 37.

- 05010\* **CHERCHE** : tout matériel ophtalmo et optique anciens ainsi que vieilles lunettes et vieux verres pour le Rwanda. Tél. : 02/770.21.35.
- 05017\* **BRUXELLES** : Clinilabo, un laboratoire médical privé à Saint-Gilles, facilement accessible en voiture ou par le transport public, souhaite très rapidement renforcer son équipe actuelle avec un/une **BIOLOGISTE**. Temps plein ou partiel. Bilingue Français/Néerlandais. Bon esprit d'équipe. Pouvoir travailler de façon indépendante. Personnalité dynamique et flexible. Expérience en matière de prélèvements est un surplus. Contactez-nous au 02/425.35.15 ou bsc@clinilabo.be. Discrétion totale et confidentialité sont garanties.
- 05037 **OPHTALMOLOGIE** : Chapelle-lez-Herlaimont 77 rue Alphonse Briart. Centre de méd. spéc. Offre consultation patientèle existante. Loyer par demi-jour. Location matériel sur place. Rapport ± 500.000 FB/an. Possib. d'extension. Tél. : 064/44.41.71.
- 05053\* **A LOUER**, à Bastogne, cabinets médicaux dans centre pour médecins et paramédicaux. Tél.: 0476/89.64.00.
- 05067 **MARCHE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche pour sa fonction soins intensifs un **MÉDECIN INTENSIVISTE-ANESTHÉSISTE** temps plein, pour son site de Marche. Envoyer candidature au Dr Robert SIMONS, directeur médical, et au Dr Joseph PROUMEN, médecin-chef du service d'anesthésie – I.F.A.C. – rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05068 **MARCHE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche pour sa fonction soins intensifs un médecin **INTENSIVISTE-INTERNISTE DE FORMATION CARDIOLOGIQUE** temps plein, pour son site de Marche. Envoyer candidature au Dr Robert SIMONS, directeur médical, et au Dr Guy LOUTE, médecin-chef du service de médecine interne – I.F.A.C. rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 05070 **CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT** : Centre de médecine spécialisée, rue A. Briart, Chapelle-lez-Herlaimont propose consultation **OPHTALMO** patientèle existante (25 pat./2 h). Location par demi-jour. Matériel sur place. Tél. : 064/44.41.71.
- 05071 **CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT** : Centre de médecine spécialisée, rue A. Briart, Chapelle-lez-Herlaimont propose **LOCAUX DE CONSULTATION**. Location par demi-jour sauf dermato, orl, méd. interne, rhumato, physio, psy. Tél. : 064/44.41.71.
- 05078 **A VENDRE** : Chirurgien vend instruments de chirurgie générale et vasculaire. Tél. : 04/252.67.13 – Fax : 04/252.10.14.
- 05081 **BRUXELLES** : Centre médical Deschanel cherche **PSYCHIATRE, RHUMATOLOGUE**. Tél. : 02/215.05.12 – Dr Navez.
- 05083 **LIEGE** : Le service d'ORTHOPEDIE du CHC souhaite engager au 01/09/2006 un chirurgien orthopédiste avec une orientation "membre supérieur". Merci d'adresser votre candidature au Dr S. Willems, 75 rue de Hesbaye à 4000 Liège.

## Table des matières

• Manifestation contre la politique de Demotte 24/09/2005 .....	1
• AR du 11/07/2005 modifiant l'AR du 24/04/2002 relatif à la fixation et la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux .....	2
• Note CSS du Comité de l'Assurance 2005/218 du 14/07/2005 .....	3
• Remarques du groupe de travail de prévention et rééducation cardiovasculaire au sujet des mesures prises en matière de nomenclature de rééducation cardiaque .....	4
• AR du 20/07/2005 modifiant la nomenclature des prestations de rééducation .....	7
• Lettre du 20/07/2005 de la Société Belge de Pneumologie au Ministre Demotte: CPAP .	8
• AR du 11/07/2005 modifiant les articles 28 et 35 de la nomenclature .....	9
• AR du 26/07/2005 modifiant la nomenclature de logopédie .....	10
• Règles interprétatives relatives aux art. 35, §1 et 35bis de la nomenclature .....	10
• Prix scientifiques quinquennaux du FNRS .....	11
• Annonces .....	11