
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° 5 / SEPTEMBRE 2008

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

LA PERFORMANCE HOSPITALIERE * MS 7 PARIS – 11 – 13 NOVEMBRE 2007

Prof. Dr. F.R. HELLER
Médecine Interne
Consultant Scientifique
C.H. Tubize-Nivelles et Jolimont-Lobbes
Secrétaire-Adjoint GBS/VBS

La mesure de la performance des hôpitaux sur le plan des soins prodigués aux patients est devenue en quelques années un sujet qui agite le monde des soins de santé dans les pays occidentaux. Alors que ce problème devait a priori concerner ceux qui délivrent les soins et surtout ceux qui les reçoivent, ce sont les organismes payeurs qui ont pris des initiatives pour analyser les hôpitaux, ceux qui font bien et ceux qui font moins bien ou mal ...

1. Le Pourquoi

Dans les faits, la mesure de la performance hospitalière est irrévocablement liée au problème de financement des soins de santé en général et des hôpitaux en particulier. Ceci est vrai dans les pays de la Communauté Européenne mais l'est particulièrement aux Etats-Unis. Paradoxalement, ce pays se situe dans le bas de l'échelle qui mesure l'état de la santé des 30 pays de la Communauté Européenne. La seule exception concerne l'espérance de vie à l'âge de 65 ans. Parmi les 192 nations pour lesquelles les données sont disponibles en 2004, les Etats-Unis se situent à la 46^{ème} place en terme d'espérance de vie et à la 42^{ème} place en termes de mortalité infantile (49). Pourtant, les Etats-Unis ont le système de santé le plus cher au monde avec des dépenses avoisinant 16 % du produit intérieur brut (PIB), c'est-à-dire bien au delà de la Suisse (11.5 %), de la Norvège (10.6 %) et de la Corée du Sud (8.2 %). Dans le système des soins de santé, les structures hospitalières sont particulièrement visées puisqu'elles consomment plus de la moitié du budget total des soins de santé dans la plupart des pays européens (55).

La question est donc posée : les dépenses des soins de santé, en particulier dans les hôpitaux, sont-elles justifiées non seulement par le volume mais aussi par la qualité des soins apportés à la population ? La performance des hôpitaux est-elle à la hauteur des dépenses qu'ils occasionnent ?

Au vu de l'acuité du problème, il n'est pas étonnant que ce soit aux Etats-Unis que la performance hospitalière ait été la plus étudiée. Le nombre d'études publiées sur ce sujet reste limité mais a notablement augmenté aux Etats-Unis au cours des 5 dernières années. Il paraissait donc intéressant de réaliser une revue de la littérature récente, notamment anglo-saxonne afin d'essayer d'en tirer quelques enseignements et conclusions.

* "La performance hospitalière", F.R. Heller (Acta Clin Belg 2008; 63(2):67-75).

2. Le Comment

Le problème est de savoir comment apprécier la performance des professionnels de la santé et, en particulier, des hôpitaux.

2.1. L'état des lieux

Aux Etats-Unis, divers organismes ont été mis sur pied pour essayer d'apprécier la qualité générale des soins dispensés à la population. En 2007, le US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS) par le biais de l'AGENCY FOR HEALTH RESEARCH AND QUALITY (AHRQ), a publié le 4ème rapport annuel (2006) du National Healthcare Quality Report (NHQR) (www.ncqa.org). Celui-ci analyse la qualité des soins par l'utilisation de paramètres dont la pertinence est scientifiquement prouvée et a édicté 211 mesures articulées autour de quatre dimensions : l'efficacité, la sécurité, le caractère approprié et l'implication du patient (28). Sur le plan de la qualité des soins hospitaliers, la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO) (www.jointcommission.org/) qui regroupe plus de 90 % des hôpitaux aux Etats-Unis a édicté en 2002 4 sets d'indicateurs destinés à analyser la qualité des soins fournis au patient se présentant à l'hôpital pour un infarctus du myocarde, une insuffisance cardiaque, une pneumonie ou une grossesse. Plusieurs buts sont poursuivis : mesure par les hôpitaux de leur performance, comparaison des performances entre hôpitaux au niveau national et international, accréditation des hôpitaux et responsabilité financière pour les patients et les organismes payeurs (60).

Au Royaume-Uni, le National Institute for Clinical Excellence (NICE) étudie le rapport coût/efficacité d'interventions médicales diverses (médicaments, matériel, procédures) (17,41).

Au sein de la Communauté Européenne, le Health Care Quality Indicators (HCQI) Project mis sur pied par l'OCDE articule son plan de qualité générale des soins sur 5 priorités (maladies cardiaques, diabète, santé mentale, sécurité du patient, soins primaires et prévention) et a développé un cadre conceptuel (2,35). A l'échelle hospitalière, le World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe a élaboré un projet destiné à développer un outil de mesure de la performance des hôpitaux afin d'en améliorer la qualité : le Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) (55). Ce cadre conceptuel s'articule sur 6 dimensions : 4 visent l'efficacité clinique, l'efficacité, la préoccupation envers le personnel et la gouvernance responsable (dimensions « verticales » qui concernent l'hôpital) et 2 visent la sécurité et la préoccupation envers le patient (dimensions « transversales » qui concernent le patient). Une liste de 51 indicateurs de performance a été établie : 24 indicateurs de base utilisables dans tous les pays européens et 27 indicateurs applicables dans un contexte local plus spécifique. En 2004-2005, une étude pilote a concerné des hôpitaux de 6 pays : Belgique (22 hôpitaux), France (13 hôpitaux), Slovaquie, Danemark, Canada, Afrique du Sud. Dans cette optique, en Belgique, la Direction Générale (DG) Organisation des Etablissements de Soins de Santé, du Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a organisé en 2006 à l'intention des hôpitaux un feed-back des banques de données administratives. Ce feed-back concerne 11 indicateurs de performance (mortalité hospitalière par infarctus du myocarde, par pneumonie non iatrogène, par fracture de hanche, taux de césarienne, taux de cholécystectomie laparoscopique, indépendance financière, cash flow étendu, acid test, technologie de l'information, maintien de l'outil, turnover du personnel) s'inscrivant dans une des 4 dimensions envisagées (performance clinique, performance financière, capacité et innovation, orientation du patient). Il devrait constituer, dans un avenir proche, une base pour apprécier l'autoperformance et aider ainsi les hôpitaux belges à optimiser la qualité des soins procurés aux patients hospitalisés.

2.2. L'analyse de la performance

Pour mesurer une performance, il faut au préalable déterminer la nature et l'étendue de ce que l'on veut mesurer. Procurer des soins à un patient peut se définir en deux éléments ou étapes : le processus médical appliqué au patient (the process of care) afin d'obtenir une guérison ou une amélioration de son état (the clinical outcome).

2.2.1. Le plus logique serait d'estimer le résultat (le « clinical outcome »). Mais ce résultat doit-il être évalué sur une base objective (guérison partielle ou totale d'une maladie ?) ou sur une base subjective (satisfaction du patient en termes de qualité de vie, même au prix d'un handicap médical) ou les deux ? L'évaluation du résultat par le patient dépend de multiples facteurs et peut varier très fort d'un patient à l'autre. Même l'appréciation objective du résultat d'une intervention médicale peut prêter à critique. Que veut-on mesurer ? Le degré de guérison, la mortalité, le handicap résiduel, la morbidité liée à cette intervention, ... ?. En dépit d'une procédure qui se voudrait optimale, les résultats peuvent également être variables suivant le type de patients qui sont concernés (patient-mix). Par ailleurs, la puissance statistique de l'analyse des résultats devient aléatoire si le nombre de mesures est limité ce qui est souvent le cas si certains hôpitaux sont à faible volume de patients (25). Enfin, le moment de la mesure peut être déterminant : durant l'hospitalisation, 30 jours après, 1 an après, ... L'appréciation de la présence éventuelle de séquelles et de leur nature après une fracture de hanche ou le traitement d'un infarctus du myocarde peut être très différente suivant le délai choisi.

2.2.2. Pour apprécier la qualité du processus médical (indépendamment du résultat), il faut analyser la nature de la procédure qui a été suivie, la qualité de l'environnement hospitalier qui a permis de la finaliser et la valeur intrinsèque du professionnel de la santé qui l'a réalisée.

2.2.2.1. La procédure médicale employée dans le cadre d'un diagnostic ou d'un traitement doit être irréprochable.

- Comment définir la qualité d'une procédure ? L'analyse doit s'inspirer de données scientifiquement non contestables fournies par des études bien construites (Evidence-Based Medicine). Sur le plan pratique, ces données permettent la mise sur pied des guidelines dont l'application dans les hôpitaux peut alors être analysée. Cependant, l'implémentation des guidelines semble parfois lente et difficile. Ainsi, le bénéfice clinique de l'administration de β -bloquants endéans les 7 jours après la sortie de l'hôpital de patients ayant souffert d'un infarctus du myocarde a été clairement démontré dès 1982 (1). Cependant, aux Etats-Unis, il a fallu plus de 10 ans pour que la proportion des patients ayant présenté un infarctus du myocarde et bénéficiant de cette recommandation, passe de 60 à maintenant plus de 90 %. De même, malgré un bénéfice clinique évident, l'utilisation d'aspirine et de médicaments bloquant les canaux calciques chez les patients ayant eu un infarctus du myocarde, n'a progressé que lentement aux Etats-Unis (32). Cette difficulté ou lenteur d'implémentation peut être liée à divers facteurs.

Première constatation. il faut d'abord se rendre compte que l'application stricte des données fournies par l'Evidence-Based Medicine est utopique et pourrait être contre-performante. En effet, dans la pratique clinique, la réalisation d'un acte médical au sein d'un hôpital peut être complexe et est souvent multidimensionnelle impliquant divers facteurs : le patient (case-mix), l'organisation des services, le personnel paramédical, ... etc.

Deuxième constatation. la pratique clinique n'a parfois rien à voir avec une intervention ciblée portant sur une pathologie unique dans une population homogène de patients comme c'est le cas dans des études cliniques randomisées (24; 58). La volonté d'obtenir une certaine homogénéité des patients inclus dans ces études est nécessaire sur le plan statistique pour démontrer un effet significatif. Mais le profil statistiquement « moyen » de ces patients ne correspond que rarement à celui des patients rencontrés en pratique clinique dont la diversité est plutôt la règle ! Par ailleurs, le caractère « homogène » de la population étudiée dans les études cliniques randomisées n'est jamais total ! En effet, il existe bien souvent des sous-groupes minoritaires de patients qui se différencient sensiblement des autres patients de l'étude notamment en ce qui concerne le risque basal de la maladie visée dans l'étude. Ceci est source de problème. En effet, cette absence de stratification si elle permet d'obtenir des différences significatives grâce au volume de patients, elle peut parallèlement occulter des résultats très divergents de la moyenne, divergence liée à l'existence d'une population minoritaire à risque particulier, bas ou élevé. Cela a été souvent démontré pour les études consacrées à analyser l'effet de médicaments dans l'infarctus du myocarde, l'infection par l'HIV ou l'insuffisance rénale chronique. Il y a donc nécessité dans les études de mieux stratifier les patients suivant le risque basal, c'est-à-dire celui qui détermine le risque de développer la maladie concernée par le traitement qui doit être évalué (27).

Troisième constatation. l'application non réfléchie des guidelines peut aussi aboutir à des aberrations en terme de traitement, particulièrement pour les personnes âgées. Parce qu'elles souffrent souvent de maladies multiples, qu'elles présentent fréquemment des handicaps mentaux et physiques, du fait d'un métabolisme altéré des médicaments, ces personnes âgées sont exposées à des incohérences de traitement : multiplication du nombre des médicaments et des recommandations non médicamenteuses, interactions médicamenteuses, contradictions et contre-indications, coût thérapeutique démesuré, ... (11).

Afin d'éviter de tels écueils, les modalités d'application des guidelines doivent donc tenir compte du jugement clinique et du bon sens du médecin et du choix du patient (39). La complexité actuelle des systèmes de santé liées à des critères de remboursement ou d'absence de remboursement de moyens diagnostiques et thérapeutiques médicamenteux ou autres (souvent élaborés sur base financière), démarches administratives complexes, ..., rend nécessaire une aide à l'implémentation par des incitants financiers et une simplification organisationnelle et administrative. L'Evidence-Based Medicine devrait bénéficier d'Evidence-Based Management ! (51).

Quatrième constatation. le bien fondé de guidelines est parfois critiquable. Aux Etats-Unis, le National Guideline Clearinghouse a édicté plus de 2000 guidelines (53). Beaucoup de critiques ont été formulées quant à leur qualité. Ainsi, un lobbying a été exercé par les chirurgiens de la colonne lors de la mise sur pied des guidelines sur le traitement des douleurs de colonne. Pour certains guidelines, des liens ont été mis en évidence entre les sociétés fabriquant des médicaments ou du matériel médical d'une part et

les assureurs des plans de santé et les responsables de la mise sur pied de guidelines d'autre part. Parmi 685 notifications formulées par les participants à divers panels, 35 % de ceux-ci avaient des conflits d'intérêts potentiels avec les sociétés pharmaceutiques. Certaines de celles-ci ont été convaincues de liens avec des personnes ou des groupements dont le rôle était d'édicter des recommandations concernant notamment l'utilisation des érythropoïétines et des statines. Une enquête réalisée aux Etats-Unis sur les relations entre institutions académiques et industrie montre que, parmi 688 unités cliniques de type académique, 60 % ont, sous une forme ou une autre (représentation, consultant, orateurs, ...), des liens avec l'industrie. Ceci devrait amener une réflexion sur l'impact potentiel de tels liens sur l'objectivité des messages « académiques » délivrés aux médecins qu'ils soient en formation ou en activité, y compris hospitalière ... (14). Certains estiment donc qu'il faudrait établir des règles de guidance ... pour établir les guidelines (53).

Enfin, **cinquième constatation**, l'implémentation des guidelines risque également de pâtir du climat de suspicion né des dégâts provoqués par des innovations diagnostiques ou thérapeutiques trop vite disséminées (« new is not necessarily better ! ») par des experts, des leaders d'opinion, des groupes scientifiques : tels que stents médicamenteux, rofécoxib, cérivastatine, ... (3, 19).

- **Comment évaluer la qualité de la procédure dans un hôpital ?** L'évaluation quantitative et qualitative du respect des mesures prises à l'égard des patients hospitalisés a fait l'objet de travaux afin de déterminer celles qui peuvent être prises en considération pour apprécier la performance.

Une des voies privilégiées, notamment aux Etats-Unis, pour apprécier la performance hospitalière est de déterminer le degré d'adhésion aux recommandations édictées par divers organismes scientifiques concernant des maladies cardiaques, pulmonaires, ... etc. Des études ont été menées afin de déterminer si le sort clinique (« clinical outcome ») des patients admis dans les hôpitaux était lié au degré d'adhésion aux recommandations de bonne conduite. Les résultats sont variables. Une revue récente des études publiées jusque décembre 2005 (n = 48) a examiné la relation entre le respect des recommandations basées sur l'Evidence-Based Medicine concernant les maladies cardiaques (maladies coronariennes, décompensation cardiaque) d'une part et les conséquences cliniques de ces pathologies d'autre part. Presque toutes les études ont montré une relation dose-réponse entre le respect de mesures thérapeutiques, la performance et la mortalité (36). Mais, une relation claire n'est pas toujours retrouvée. Ainsi, les performances en terme de prise en charge de l'infarctus du myocarde, de la décompensation cardiaque et de la pneumonie, ont été analysées dans 3657 hôpitaux aigus appartenant au réseau des Centres for Medicare and Medicaid Services (CMS) aux Etats-Unis. Il est apparu que l'adhésion à des mesures de performance est liée significativement au risque de mortalité à l'hôpital à 30 jours et à un an. Mais la relation est faible : par rapport aux hôpitaux « peu performants », la mortalité à 30 jours et à un 1 an observée dans les hôpitaux « très performants » n'est réduite que de 0.003 à maximum 0.018 et la réduction n'est significative que pour l'infarctus du myocarde et la pneumonie ! ... (57). Sur le plan spécifique de la décompensation cardiaque, des données ont été recueillies sur 48612 patients pris en charge dans 259 hôpitaux américains participant à un programme d'amélioration du traitement de patients souffrant de décompensation cardiaque (OPTIMIZE-HF). La mise en route du programme a conduit à une amélioration significative des soins. Celle-ci a été associée à une diminution significative de la durée de séjour mais les réductions de la mortalité cardiaque et du taux de réhospitalisation n'étaient pas statistiquement significatives ! (21). De plus, il n'y avait pas de corrélation significative entre adhérence aux recommandations thérapeutiques et la mortalité mesurée 60 à 90 jours après l'hospitalisation (20), que la fonction systolique soit préservée ou non (22). La même constatation peut être faite pour les syndromes coronariens aigus. En 2001, une initiative appelée CRUSADE (Case Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early Implementation of the ACC/AHA Guidelines), destinée à améliorer la prise en charge des patients hospitalisés pour syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST à l'ECG (NSTE) a été mise sur pied et proposée aux hôpitaux américains. Si cette étude réalisée sur 64775 patients traités dans 350 hôpitaux ayant accepté de participer à l'initiative a montré une corrélation significative entre le suivi des guidelines et la mortalité hospitalière (44), d'autres études dans l'infarctus du myocarde n'ont pas fourni des résultats similaires. Grâce au registre américain des infarctus du myocarde (National Registry of Myocardial Infarction ; NRMI), les données de mortalité à 30 jours recueillies par les hôpitaux du réseau CMS a permis d'apprécier le respect des recommandations thérapeutiques approuvées par le Hospital Quality Alliance et le sort clinique de 208328 patients traités dans 962 hôpitaux du NRMI (12). Bien que l'adhésion aux recommandations de base (« core

mesures ») pour le traitement des infarctus du myocarde est associée à une réduction de la mortalité à 30 jours, la variabilité de la mortalité à 30 jours n'est explicable que pour 6 % par le suivi des mesures thérapeutiques ! (12). Par ailleurs, chez 5557 patients âgés de 90 ans ou plus, hospitalisés pour des syndromes coronariens aigus et repris dans le registre CRUSADE, la mortalité intrahospitalière diminue avec le score d'adhésion aux mesures thérapeutiques préconisées mais avec un risque augmenté de saignements graves liés à l'utilisation de l'aspirine et des inhibiteurs des glycoprotéines IIb-IIIa ! (52). Par contre, pour les patients traités par hémodialyse chronique, la capacité à atteindre certaines cibles cliniques, biologiques et techniques est associée à une diminution de la mortalité des hospitalisations et du coût (46).

2.2.2.2. L'environnement hospitalier

La notion de volume de patients par hôpital est souvent considérée comme un gage de qualité. En général, dans les hôpitaux à grand volume de patients, la mortalité de la chirurgie cardiovasculaire et oncologique est plus faible que dans les hôpitaux à plus faible volume de patients (9). Cependant, en ce qui concerne la chirurgie du cancer du côlon, si les patients pris en charge dans les hôpitaux à faible volume de patients ont un risque plus élevé de mortalité à long terme, cette augmentation de la mortalité n'est pas liée à une récurrence carcinologique ! (37). Pour ce qui est de la chirurgie coronarienne, la relation entre mortalité opératoire et volume de patients par hôpital est très faible lorsque l'on tient compte notamment du case-mix. En particulier, il n'y a pas de différence pour les patients âgés de moins de 65 ans ou lorsque le risque préopératoire est faible (43). Il faut par ailleurs noter que la relation entre mortalité opératoire et volume de patients par hôpital, quand elle existe, est en grande partie expliquée par la relation entre mortalité opératoire et volume de patients par chirurgien (10) ! En ce qui concerne la ventilation mécanique, la mortalité des patients non chirurgicaux est diminuée dans les hôpitaux à gros volume de patients, même après ajustement du case-mix. Il est probable que, dans ce cas particulier, les hôpitaux à grand volume de patients ont des unités plus spécialisées, plus organisées, plus expérimentées et sont plus riches sur le plan technologique (26).

L'analyse de 4856 hôpitaux américains montre que l'aspect organisationnel de l'hôpital joue un rôle en ce qui concerne la prise en charge de certaines pathologies aiguës (infarctus du myocarde, décompensation cardiaque et pneumonie). Les patients reçoivent des soins de meilleure qualité dans les hôpitaux où le staff infirmier est plus important et la technologie plus développée (31).

La disponibilité du personnel médical et paramédical et de l'infrastructure hospitalière peut être variable dans le temps et une moins grande disponibilité est réelle durant les week-ends. Des études ont confirmé que la qualité des soins apportés aux patients durant cette période était inférieure à celle des soins procurés les jours de semaine avec des répercussions sur le sort clinique des patients. Par rapport aux patients admis les jours de semaine, la mortalité parmi 35993 patients adultes admis en urgence dans un hôpital madrilène est plus élevée (5). Cette donnée est confirmée par l'analyse de 3789917 patients admis en urgence dans les hôpitaux de l'Ontario au Canada et particulièrement pour certaines pathologies (rupture d'anévrisme abdominal, épiglottite aiguë, embolie pulmonaire) (6). Par ailleurs, il y a davantage de complications survenant au décours des accouchements et des interventions de type vasculaire lorsque les patients sont hospitalisés durant le week-end (7). La disponibilité des soins est surtout en cause pour les patients hospitalisés pour infarctus du myocarde : parmi 231164 patients admis pour cette affection dans les hôpitaux du New Jersey, la mortalité à 30 jours est plus élevée lorsque l'admission a lieu pendant le WE (30; 33), sauf si l'on tient compte de la possibilité de réaliser des techniques cardiaques invasives durant cette période (30).

Pour 86042 patients avec syndrome coronarien aigu pris en charge par 480 hôpitaux américains participant à l'initiative CRUSADE, l'adhésion aux guidelines est un peu supérieure dans les hôpitaux académiques (n = 125) que dans les hôpitaux non académiques (n = 355), mais il existe une grande variabilité. De plus, les procédures invasives (coronarographies, revascularisation, ...) sont plus fréquemment et plus rapidement utilisées dans les hôpitaux non académiques et, au total, la mortalité et les complications sont similaires dans les deux types d'hôpitaux (40).

2.2.2.3. La valeur intrinsèque du professionnel de la santé

Que la valeur du médecin, par son jugement clinique et par l'expérience acquise au cours des années grâce au contact de nombreux patients (volume de patients par médecin) joue un rôle dans la qualité des soins ne fait évidemment aucun doute. Pour les 16162 patients hospitalisés avec un diagnostic nouvellement posé de décompensation cardiaque dans les hôpitaux de la Province d'Alberta (Canada), la mortalité intrahospitalière est corrélée négativement avec le nombre de patients pris en charge par le médecin. (18). La relation disparaît après un an. En chirurgie, une étude a été menée à partir de données fournies par le réseau des CMS en 1988 et 1999 sur 474108 patients qui ont subi une parmi huit interventions chirurgicales

vasculaire ou oncologique. Il apparaît qu'il existe une relation inverse entre la mortalité opératoire (intra-hospitalière ou dans les 30 jours après la procédure chirurgicale) et le volume des patients hospitalisés par hôpital. Néanmoins, cette relation est en grande partie liée au nombre de patients par chirurgien ! C'est particulièrement vrai pour certains types d'interventions chirurgicales telles que les remplacements valvulaires aortiques et la chirurgie de l'anévrisme abdominal (10). Cependant, une étude récente (38) montre que dans le cas du cancer du sein, la corrélation inverse entre volume de patientes par chirurgien et mortalité, est liée non à la mortalité carcinologique mais à la mortalité non carcinologique. Par ailleurs, il est surprenant qu'une revue de 62 études destinées à analyser l'expérience clinique des médecins cliniciens et la qualité des soins qu'ils donnent montre une relation inverse : plus d'années le médecin a exercé la médecine, moins bonne est la qualité des soins qu'il fournit ! ... (16).

2.3. La collecte et l'analyse des données

L'évaluation de la performance au sein d'un hôpital nécessite la collecte auprès de celui-ci de données objectives. Que ce soit aux Etats-Unis ou en Europe, les banques de données administratives sont de plus en plus employées et obligatoires. Néanmoins, un des problèmes est de savoir dans quelles mesures ces données sont suffisamment pertinentes et complètes pour rendre compte de ce qui a été réalisé, dans quel contexte cela a été réalisé et pour quel type de patient : comorbidité et sévérité de la maladie, profil socio-économique, ... : le case-mix. Un ajustement du profil du patient par l'utilisation de paramètres clinicobiologiques, ... est nécessaire (par exemple par l'utilisation de scores tels que le score de Charlson pour les maladies chroniques) (15) afin de comparer ce qui est comparable ! Pour des interventions de type vasculaire (pontages coronariens, rupture d'anévrisme aortique) ou oncologique (cancer du côlon), les données administratives de base recueillies auprès des hôpitaux du National Health Service (NHS) semblent suffisantes pour prédire la mortalité hospitalière de ces interventions (4). Cependant, une étude réalisée dans 188 hôpitaux de Pennsylvanie suggère qu'au delà des données purement administratives, l'ajout de données médicales et biologiques, par ailleurs facilement disponibles dès l'admission du patient, pourrait d'améliorer de manière significative l'ajustement du risque de mortalité hospitalière des patients hospitalisés pour des pathologies médicales (infarctus du myocarde, décompensation cardiaque, accident cérébrovasculaire, hémorragie digestive, pneumonie) ou chirurgicales (anévrisme aortique, pontage coronarien, craniotomie) (45). D'autres écueils surviennent régulièrement quand il s'agit de tirer des conclusions : nature des statistiques employées (correction Bonferroni), définition du benchmark, ... La performance d'un hôpital est le plus souvent rapportée à celui-ci dans le cadre d'un feed-back qui le situe au sein d'autres institutions, le caractère anonyme étant en principe respecté. Ce feed-back doit pousser l'hôpital à se questionner en interne, en particulier, si sa performance dévie de la moyenne ou de la médiane. Le problème est que, dans cette manière d'opérer, la tendance est de considérer que la référence devient la moyenne ou la médiane et non plus la qualité en tant que telle ! Ce qui ne peut manquer d'inquiéter les hôpitaux et les médecins et, cela, malgré les allégations rassurantes des autorités.

3. Le Mieux ou comment promouvoir la performance hospitalière ?

Deux types de mesure sont utilisés pour améliorer la performance hospitalière : la rémunération liée au respect des recommandations et la publicité réservée aux hôpitaux à bonne performance.

La première mesure (Pay For Performance ou P4P) est largement utilisée aux Etats-Unis et au Royaume Uni (pour les médecins généralistes) avec des succès variables (42) et discutables (29, 61).

La publicité donnée aux hôpitaux est très répandue aux Etats-Unis et encore assez peu en Europe. Depuis 1997 cependant, des journalistes du magazine français Le Point publient chaque année un palmarès des hôpitaux français concernant 40 spécialités médicales et chirurgicales. L'impact de cette publicité n'est pas connu. Diverses initiatives dans ce sens ont été prises aux Etats-Unis notamment par le NCQA (National Committee for Quality Assurance), le NQF (National Quality Forum), le Leapfrog Group et les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) et au Royaume-Uni : le PAF (Performance Assessment Framework), le CHI (Commission for Health Improvement), Dr Foster, ... etc. Très peu d'études ont été consacrées à analyser les effets de cette publicité sur la promotion et l'amélioration de la qualité des hôpitaux (34). En 1993, le NORC (National Opinion Research Center) de l'Université de Chicago a initié un système de mesure de la qualité hospitalière. Un rapport est publié annuellement par le US News and World Report et est intitulé "America's Best Hospitals". De leur côté, les CMS ont mis au point en 2005 le « Hospital Compare ». Récemment, la mortalité à 30 jours des patients hospitalisés pour infarctus du myocarde dans les hôpitaux repris dans le « America's Best Hospitals » a été comparée à celle d'autres hôpitaux non repris dans ce système (56). Si les taux de mortalité sont inférieurs dans les premiers que dans les seconds, un important recouvrement existe. Par ailleurs, pour le groupe des hôpitaux qui ont un taux de mortalité standardisé inférieur à 1, il y a 3 fois plus d'hôpitaux non repris que d'hôpitaux repris dans cette sélection (56) ! Enfin, les scores recueillis par les hôpitaux repris par « America's Best Hospitals » et ceux repris par « Hospital Compare » ne sont pas concordants (23). Il faut noter que la publicité pourrait

avoir des effets nocifs. Elle pourrait pousser les hôpitaux et les médecins à éviter de prendre en charge les patients les plus malades afin d'améliorer leur « score ». De plus, la qualité des soins donnés pourrait s'en trouver diminuée. En effet, le respect aveugle des guidelines, pris souvent comme paramètre de qualité, pourrait induire des maladies iatrogènes et des incohérences dans la prise en charge des patients, en particulier en gériatrie (39, 54, 59).

4. Et le Futur ?

Sur la base des données fournies par l'étude de la littérature que retenir de la mesure de la performance hospitalière et de son intérêt pour l'amélioration potentielle des soins de santé ? Il faut avoir à l'esprit que parmi les facteurs qui pourraient contribuer à influencer la durée de vie, les systèmes des soins de santé en général (hospitalier et extrahospitalier) n'interviennent que pour 10 % (49). Les systèmes de mesure actuels de la performance en général et ceux des hôpitaux en particulier sont critiquables à divers niveaux. De plus, personne ne s'accorde à définir ce que l'on veut mesurer exactement et comment le rapporter (48). Par ailleurs, des voix de plus en plus nombreuses s'élèvent pour demander que les systèmes de santé soient davantage axés sur le patient. Comment pourrait-il en être autrement puisque c'est lui qui est concerné ! ... (47). C'est particulièrement vrai pour l'estimation de la performance hospitalière : peu de cas est fait en termes d'équité (8) et en termes de préoccupations du patient et de la vision que celui-ci peut avoir de sa santé et de sa prise en charge. (13, 25). Une étude récente réalisée dans un hôpital privé de Melbourne montre que les patients sont davantage sensibilisés à la manière dont l'hôpital fonctionne pour assurer la qualité et la sécurité des soins médicaux et l'utilisation adéquate de ses structures qu'aux chiffres de performance ... (50)

La mesure de la qualité et la manière de la communiquer sont encore imparfaites. Leur mise sur pied reste encore trop souvent l'œuvre des organismes payeurs. Davantage qu'un outil médiatique, un moyen détourné pour sous-financer les structures et les professionnels des soins de santé ou ... une source de revenus pour les hommes de loi, elles devraient devenir une science objective. Il y va de la protection des patients, des médecins et ... des hôpitaux (48).

REFERENCES

1. A randomized trial of propranolol in patients with acute myocardial infarction. I. Mortality results. *JAMA* 1982; **247** : 1707-14.
2. ARAH O.A., WESTERT G.P., HURST J. and al. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; **18** : 5-13.
3. AUERBACH A.D., LANDEFELD C.S. and SHOJANIA K.G. The Tension between Needing to Improve Care and Knowing How to Do it. *N Engl J Med* 2007; **357** : 608-613.
4. AYLIN P., BOTTLE A., MAJEED A. Use of administrative data or clinical databases as predictors of risk of death in hospital : comparison of models. *Brit Med J* 2007, **334** : 1044.
5. BARBA R., LOSA J.E., VELASCO M. and al. Mortality among adult patients admitted to the hospital on weekends. *Eur J Intern Med* 2006; **17** : 322-324.
6. BELL C.M. and REDELMEIER D.A. Mortality among patients admitted to hospitals on weekends as compared with weekdays. *N Engl J Med* 2001; **345** : 663—8.
7. BENDAVID E., KAGANOVA Y., NEEDLEMAN J. and al. Complication rates on Weekends and Weekdays in US Hospitals. *Amer J Med* 2007; **120** : 422-428.
8. BIERMAN A.S. Performance measurement and equity. *Brit Med J* 2007; **334** : 1333-4.
9. BIRKMEYER J.D., SIEWERS A.E., FINLAYSON E.V.A. et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002; **346** : 1128-37.
10. BIRKMEYER J.D., STUKEL T.A., SIEWERS A.E. et al. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003; **349** : 2117-27.
11. BOYD C.M., DARER J., BOULT C. and al. Clinical Practices Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. Implications for Pay for Performance. *JAMA* 2005. **294** : 716-724.
12. BRADLEY E.H., HERRIN J., ELBEL B. et al. Hospital Quality for Acute Myocardial Infarction. Correlation Among Process Measures and Relationship With Short-term Mortality. *JAMA* 2006; **296** : 72-78.
13. BROWN C.R. Where are the patients in the quality of health care ? *International Journal for Quality in Health Care* 2007; **19** : 125-126

14. CAMPBELL E.G., WEISSMAN J.S., EHRINGHAUS S. and al. Institutional Academic-Industry Relationships. *JAMA* 2007; **298** : 1779-1786.
15. CHARLSON ME, POMPEI P., ALES KL et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; **40** : 373-83.
16. CHOUDHRY N.K., FLETCHER R.H. and SOUMERAI S.B. Systematic Review : The Relationship between Clinical Experience and Quality Health Care. *Ann Intern Med* 2005; **142** : 260-273.
17. CLAXTON K., SCULPHER M., DRUMMOND M. A rational framework for decision making by the National Institute For Clinical Excellence (NICE). *Lancet* 2002; **360** : 711-715.
18. CUJEC B., QUAN H., JIN Y. et al. Association between physician specialty and volumes of treated patients and mortality among patients hospitalized for newly diagnosed heart failure. *Am J Med* 2005; **118** : 35-44.
19. EMANUEL E.J. What Cannot Be Said on Television About Health Care. *JAMA* 2007; **297** : 2131-2133.
20. FONAROW G.C., ABRAHAM W.T., ALBERT N.M. et al. Association Between Performance Measures and Clinical Outcomes for Patients Hospitalized With Heart Failure. *JAMA* 2007; **297** : 61-70.
21. FONAROW G.C., ABRAHAM W.T., ALBERT N.M. et al. Influence of A performance-Improvement Initiative on Quality of Care for Patients Hospitalized With Heart Failure. Results of the Organized Program to Initiate Lifesaving Treatment in Hospitalized Patients With Heart Failure (OPTIMIZE-HF). *Arch Intern Med* 2007; **167** : 1493-1502.
22. FONAROW GC, STOUGH WG, ABRAHAM WT et al. Characteristics, treatments, and outcomes of patients with preserved systolic function hospitalized for heart failure : a report from the OPTIMIZE-HF Registry. *J Amer Coll Cardiol* 2007; **50** : 768-77.
23. HALASYAMANI L.K., DAVIS M.M.. Conflicting Measures of Hospital Quality : Ratings from "Hospital Compare" Versus "Best Hospitals". *Journal of Hospital Medicine* 2007; **2** : 128-134.
24. HORN S.D. Performance Measures and Clinical Outcomes. *JAMA* 2006; **296** : 2731-2732.
25. JHA A.K. Measuring Hospital Quality. What Physicians do ? How Patients Fare ? Or Both ? *JAMA* 2006; **296** : 95-97.
26. KAHN J.M., GOSS C.H., HEAGERTY P.J. et al. Hospital Volume and the Outcomes of Mechanical Ventilation. *N Engl J Med* 2006; **355** : 41-50.
27. KENT D.M. and HAYWARD R.A. Limitation of Applying Summary Results of Clinical Trials to Individual Patients. *JAMA* 2007; **298** : 1209-1212.
28. Key Themes and Highlights From the National Healthcare Quality Report. The National Healthcare Quality Report. *Medscape Internal Medicine* 2007, 18/04/2007.
29. KINDIG DA. A Pay-for-Population Health Performance System. *JAMA* 2006; **296** : 2611-2613.
30. KOSTIS W.J., DEMISSIE K., MARCELLA S.W. et al. Weekend versus Weekday Admission and Mortality from Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 2007; **356** : 1099-109.
31. LANDON B.E., NORMAND S-L. T., LESSLER A. et al. Quality of Care for the Treatment of Acute Medical Conditions in US Hospitals. *Arch Intern Med* 2006; **166** : 2511-2517.
32. LEE T.H. Eulogy for a Quality Measure. *N Engl J Med* 2007; **357** : 1175-1177.
33. LJUNG R., KÖSTER M. Weekend Admission for Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 2007; **357** : 85-87
34. MARSHALL M. N., SHEKELLE P., DAVIES H.T.O. and al. Public Reporting on Quality in The United States and The United Kingdom. *Health Aff* 2003; **22** : 134-148.
35. MATTKE S., EPSTEIN A.M. and LEATHERMAN S. The OECD Health Care Quality Indicators Project : history and background. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; **18** : 1-4.
36. MEHTA R.H., PETERSON E.D., CALIFF R.M. Performance Measures Have a Major Effect on Cardiovascular Outcomes : A Review. *Am J Med* 2007; **120** : 398-402.
37. MEYERHARDT J.A., CATALANO P.J., SCHRAG D. et al. Association of Hospital Procedure Volume and Outcomes in Patients with Colon Cancer at High Risk for Recurrence. *Ann Intern Med* 2003; **139** : 649-57.
38. NATTINGER AB, LAUD PW, SPARAPANI RA et al. *Arch Intern Med* 2007; **167** / 1958-1963.
39. O'CONNOR P.J. Adding Value to Evidence-Based Clinical Guidelines. *JAMA* 2005. **294** : 741-743.
40. PATEL M.R., CHEN A.Y., ROE M. et al. A Comparison of Acute Coronary Syndrome Care at Academic and Nonacademic Hospitals. *Am J Med* 2007; **120** : 40-46.

41. PEARSON S.D. and RAWLINS M.D. Quality, Innovation, and Value for Money. NICE and the British National Health Service. *JAMA* 2005; **294** : 2618-2622.
 42. PETERSEN L.A., WOODARD L.D., BA T.U. et al. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care ? *Ann Intern Med* 2006; **145** : 265-272.
 43. PETERSON E.D., COOMBS L.P., DELONG E.R. et al. Procedural Volume as a Marker of Quality for CABG Surgery. *JAMA* 2004; **291** : 195-201.
 44. PETERSON E.D., ROE M.T., MULGUND J. et al. Association Between Hospital Process Performance and Outcomes Among Patients With Acute Coronary Syndromes. *JAMA* 2006; **295** : 1912-1920.
 45. PINE M., JORDAN H.S., ELIXHAUSER A. and al. Enhancement of Claims Data to Improve Risk Adjustment of Hospital Mortality. *JAMA* 2007; **197** : 71-76.
 46. PLANTINGA L.C., FINK N.E., JAAR B.G. et al. Attainment of clinical performance targets and improvement in clinical outcomes and resource use in hemodialysis care : a prospective cohort study. *BMC Health Services Research* 2007; **7** : 5-17.
 47. PORTER M.E., TEISBERG E.O. How physicians can change the future of health care ? *JAMA* 2007; **297** : 1103-1111.
 48. PRONOVOST P.J., MILLER M., WACHTER R.M. The GAAP in Quality Measurement and Reporting. *JAMA* 2007. **298** : 1800-1802.
 49. SCHROEDER S.A. We Can Do Better – Improving the Health of the American People. *N Engl J Med* 2007; **357** : 1221-8.
 50. SHEAHAN M., LITTLE R. and LEGGAT S.G.. Performance reporting for consumers : issues for the Australian private hospital sector. *Australia and New Zealand Health Policy*. 2007; **4** : 1-7.
 51. SHORTELL S.M., RUNDALL T.G., HSU J. Improving Patient Care by Linking Evidence-Based Medicine and Evidence-Based Management. *JAMA* 2007 ; **298** : 673-676.
 52. SKOLNICK A.H., ALEXANDER K.P., CHEN A.Y. et al. Characteristics Management, and Outcomes of 5,557 Patients Age \geq 90 Years With Acute Coronary Syndromes. Results From the CRUSADE Initiative. *J Am Coll Cardiol* 2007; **49** : 1790-7.
 53. STEINBROOK R. Guidance for Guidelines. *N Engl J Med* 2007; **356** : 331-333.
 54. STEINMAN M.A. Number of Medical Conditions and Quality Care. *N Engl J Med* 2007; **357** : 1350-1351.
 55. VEILLARD J., CHAMPAGNE F., KLAZINGA N. and al. A performance assessment framework for hospitals : the WHO regional office for Europe PATH projet. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; **17** : 487-496.
 56. WANG O.J., WANG Y., LICHTMAN J.H. and al. “America’s Best Hospitals” in the treatment of Acute Myocardial Infarction. *Arch Intern Med* 2007; **167** : 1345-1351.
 57. WERNER R. M., BRADLOW E.T. Relationship Between Medicare’s Hospital Compare Performance Measures and Mortality Rates. *JAMA* 2006; **296** : 2694-2702.
 58. WERNER R.M. Medicare’s Hospital Compare Performance Measures and Mortality Rates. *JAMA* 2007; **297** : 1430-1431.
 59. WERNER R.M., ASCH D.A.. The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. *JAMA* 2005; **293** : 1239-1244.
 60. WILLIAMS S.C., WATT A., SCHMALTZ S.P. and al. Assessing the reliability of standardized performance indicators. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; **18** : 246-255.
 61. WODCHIS W.P., ROSS J.S., DETSKY A.S.. Is P4P Really FFS ? *JAMA* 2007; **298** : 1797-1799.
-

STATUT SOCIAL 2008

30 JUIN 2008. - Arrêté royal fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2008 pour certains médecins par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et adaptant les montants de base des pensions de retraite et de survie visés par l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins (M.B. du 8.7.2008)

Article 1er. La cotisation annuelle visée à l'article 2, § 1er, a), de l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins est, pour l'année 2008, respectivement fixée :

1° à 3.595,10 euros, d'une part, en faveur des médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré à l'Accord national médico-mutualiste du 20 décembre 2007 pour leur activité professionnelle complète;

2° à 1.935,13 euros, d'autre part, en faveur des médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de l'accord précité au Moniteur belge, communiqué à la Commission nationale médico-mutualiste les conditions de temps et de lieu selon lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, ils appliqueront ou non les montants d'honoraires qui y sont fixés, et dont l'activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord correspond aux minima suivants :

- pour les médecins de médecine générale :
 - ou bien des consultations au cabinet représentant au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins;
 - ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle hebdomadaire;
- pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle en tout ou en partie en milieu hospitalier :
 - ou bien vingt-cinq heures par semaine au moins;
 - ou bien les trois-quarts de l'activité professionnelle;
- pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier :
 - ou bien des consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine;
 - ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle.

Art. 2. Les montants de base, d'une part, de la pension de retraite visée à l'article 4 et, d'autre part, de la pension de survie visée à l'article 5 du même arrêté sont, à partir du 1er janvier 2008, respectivement fixés à 4.826,51 euros et 4.022,21 euros par an.

SUIVRE LA QUALITE DU TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM POUR L'AMELIORER : UNE PREMIERE EN BELGIQUE

Communiqué de presse du KCE (03/07/2008)

Un groupe multidisciplinaire de spécialistes du cancer de l'intestin (PROCARE), vient de développer, sous la conduite du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), les critères de qualité permettant de suivre et, là où c'est possible, d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients atteints d'un cancer du rectum. Il s'agit pour la Belgique d'un projet pilote qui constituera peut-être le point de départ d'autres projets similaires.

Le rectum est la dernière partie du gros intestin, juste avant l'anus. Chaque année, environ 1.900 diagnostics de cancer du rectum sont posés et on estime que 450 patients décèdent des suites de cette maladie. Cette forme de cancer exige une prise en charge très spécifique, surtout du point de vue chirurgical.

En Belgique, comme dans d'autres pays, il subsiste de grosses différences inter hospitalières en matière de traitement du cancer du rectum et dès lors aussi dans les résultats atteints. Un groupe d'éminents spécialistes belges du cancer considère depuis plusieurs années qu'il existe un besoin urgent de standardisation et de surveillance de la qualité en ce domaine. C'est la raison pour

laquelle PROCARE (PROject on CANcer of the REctum) a été créé. Il s'agit d'un groupe de travail multidisciplinaire rassemblant tous les spécialistes impliqués dans le traitement du cancer du rectum.

En collaboration avec le KCE, ce groupe a rédigé en 2007 un guideline national comportant des recommandations pour le diagnostic, le traitement et le suivi des cancers du rectum. L'étape suivante a consisté pour ce groupe de travail à développer 40 indicateurs permettant de mesurer la qualité du traitement de ce cancer. Le nombre de patients décédés après cinq ans ou des suites de l'intervention chirurgicale sont des exemples de tels indicateurs.

Pour pouvoir surveiller la qualité, il faut bien sûr que des données fiables soient disponibles. Le Registre du Cancer a un rôle central à jouer dans l'enregistrement de ces données qui serviront de base à la mesure des indicateurs et à leur interprétation. In fine, elles permettront d'envoyer des feedbacks aux hôpitaux. Sur base de ces feedbacks, le traitement du cancer sera adapté au guideline, ce qui est tout bénéfique pour le patient. De nombreux hôpitaux belges sont motivés pour participer à un tel exercice : une grosse moitié d'entre eux rassemble les données nécessaires depuis 2 ans déjà et attend impatiemment le feedback. La surveillance de la qualité peut commencer dès cette année.

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 81B.

UN BON DIAGNOSTIC DE STENOSE CORONAIRE GRACE AU SCANNERS CT MULTI-DETECTEURS : PREMATURE

Communiqué de presse du KCE (10/07/2008)

La tomodensitométrie multidétecteurs (ou MSCT pour multislice CT) est de plus en plus utilisée dans les hôpitaux belges pour diagnostiquer une sténose d'artère coronaire. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) l'a comparée aux techniques diagnostiques classiques en cardiologie. Il n'est pas démontré que la MSCT contribue à empêcher des crises cardiaques ou à sauver des vies. La MSCT a surtout le mérite de montrer la normalité des artères coronaires et donc de rassurer les patients. Pour le reste, il n'est pas clairement établi que la précision de cette technique soit suffisante pour remplacer les autres examens diagnostiques. En outre, la MSCT expose le patient à une haute dose de rayons X. Le KCE recommande que le remboursement soit soumis à des conditions strictes et qu'une étude clinique nationale rigoureuse soit entreprise.

Un rétrécissement ou sténose d'artère coronaire réduit voire supprime l'alimentation sanguine et l'oxygénation du cœur. Ce phénomène peut entraîner une douleur dans la poitrine (l'angine de poitrine), un infarctus du myocarde ou même une mort subite. Dans la plupart des cas, le traitement est médicamenteux. Dans d'autres, le passage du sang doit être rétabli par voie chirurgicale ou au moyen d'un ballonnet introduit dans l'artère en question. Dans ces cas-là, le recours à l'imagerie médicale est nécessaire avant de pouvoir intervenir.

Jusqu'il y a peu, la coronarographie était la seule technique permettant de visualiser les artères coronaires. Pour ce faire, on introduit un fin tuyau à partir d'une artère de l'aîne jusqu'à l'artère coronaire grâce auquel on injecte un produit de contraste. Pour cet examen, le patient doit généralement être hospitalisé. Pour visualiser les artères coronaires avec la MSCT, une simple injection de produit de contraste dans une artère suffit pour visualiser en trois dimensions des structures en mouvement rapide comme le cœur et les artères coronaires. Une hospitalisation n'est donc pas nécessaire, ce qui est moins cher et moins désagréable pour le patient. Développée il y a plus de 10 ans, l'imagerie par scanner CT multidétecteurs se pratique déjà dans plus de 20 hôpitaux en Belgique.

Le gros désavantage de la MSCT est sa haute dose de radiation. La dose d'un seul examen équivaut à celle de 500 radiographies classiques du thorax. Le risque de cancer associé à une

telle irradiation n'est pas négligeable. Cela a incité les fabricants à mettre sur le marché des machines plus sûres, mais au détriment de la qualité d'image.

Un autre désavantage, lorsque une sténose est effectivement détectée, est qu'il faut quand même procéder à un examen invasif classique avant de pouvoir intervenir pour rétablir la circulation sanguine.

Le KCE a analysé l'éventualité du remplacement des examens classiques par la MSCT dans le diagnostic de la sténose coronaire. Il apparaît que la MSCT permet de bien établir qu'une artère coronaire est normale. Cette technique serait donc surtout utile pour rassurer les patients. Mais il y a pour cela d'autres alternatives plus simples et moins coûteuses. D'autre part, des calcifications innocentes apparaissent parfois à tort comme des sténoses, alarmant inutilement les patients qui doivent alors se soumettre à des examens supplémentaires inutiles. Il n'est pas démontré que la MSCT puisse prévenir des crises cardiaques ou sauver des vies. Quant aux données concernant le rapport coût-efficacité de la MSCT par rapport aux examens classiques, elles sont insuffisantes.

En réalité, cette technologie est déjà fort répandue et un nombre croissant d'hôpitaux n'en disposant pas encore envisage son introduction. Le Gouvernement a prévu d'y consacrer un budget de 1 260 000 euro en 2008. Le KCE recommande de limiter le recours à la MSCT chez les patients présentant certains symptômes. Par ailleurs, les radiologues devraient suivre une formation spécifique et la demande d'examen devrait être réservée aux cardiologues et aux urgentistes. Enfin, les patients examinés par MSCT devraient être enregistrés et faire l'objet d'une étude clinique nationale rigoureuse.

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 82B.

**LA CHIRURGIE PLASTIQUE : ABSENCE DE CRITERES CLAIRS
POUR LE REMBOURSEMENT ET BESOIN DE PROTECTION
CONTRE LES MAUVAISES PRATIQUES**

Communiqué de presse du KCE (14/07/2008)

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a constaté qu'il n'est pas toujours aisé de déterminer quelles interventions plastiques font l'objet d'un remboursement par l'assurance-maladie obligatoire. En principe, seules les interventions reconstructrices sont remboursées, mais on se heurte vite à une zone grise aux confins de la reconstruction et de l'esthétique. De plus, les patients bénéficient de très peu de garanties de qualité étant donné que des médecins autres que les chirurgiens plastiques sont également habilités à pratiquer ces interventions, mais aussi en raison du manque total de contrôle sur la qualité et la sécurité des cabinets et cliniques privés. Le KCE recommande dès lors des critères clairs de remboursement, une définition restrictive des catégories de médecins autorisés à pratiquer la chirurgie plastique, la délivrance d'une information claire au patient, un enregistrement et un contrôle des cliniques et cabinets privés.

Les interventions plastiques ont le vent en poupe. La chirurgie plastique remboursée en Belgique a enregistré une croissance de 41% en volume d'actes et de 108% en coûts de remboursements, en l'espace de onze ans, tandis que les dépenses totales de santé ont augmenté de 62%. Les interventions les plus fréquentes concernaient la peau et les tissus mous, comme par exemple les traitements consécutifs aux brûlures ou aux tumeurs cutanées. Les interventions concernant les paupières et les sourcils venaient en deuxième position et celles concernant le nez en troisième position. Etant donné que les interventions esthétiques sont réalisées en établissements privés et donc hors champ INAMI, il est probable que ces chiffres ne représentent que la partie émergée de l'iceberg.

Besoin de critères clairs de remboursement

En principe, seules les interventions reconstructrices, visant à corriger les malformations acquises de naissance ou à la suite d'un traumatisme, d'une maladie ou d'une opération, font l'objet d'un

remboursement. La chirurgie esthétique, elle, n'est pas à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Néanmoins, des milliers d'interventions dites « borderline » se situant aux confins de la chirurgie esthétique et de la chirurgie reconstructrice sont remboursées. Il s'agit des corrections des oreilles, du nez, ou des paupières qui sont couvertes sans conditions d'aucune sorte. D'autres interventions telles que les réductions mammaires ou les plasties abdominales (la correction du relâchement cutané du ventre) ne sont remboursées qu'en cas de gêne fonctionnelle. Cependant, le problème réside dans le fait que ce critère n'est pas clairement défini. Le remboursement dépend uniquement du médecin conseil de la mutualité ou du chirurgien, qui décident au cas par cas. Ceci peut soulever des problèmes d'équité pour les patients. En 2006, l'INAMI aurait pris en charge 32.000 interventions de chirurgie borderline; soit un doublement en l'espace de onze ans.

Le KCE plaide pour l'introduction de trois listes INAMI indiquant parmi les différentes interventions celles faisant l'objet d'un remboursement systématique, celles exclues au contraire de tout remboursement, et celles pour lesquelles le remboursement nécessite l'accord préalable de la mutualité. Une liste d'indications définissant l'éligibilité (ou la non éligibilité) au remboursement devrait être dressée pour chaque intervention prise individuellement. Ces nouveaux critères devraient être portés à la connaissance de tous les acteurs, y compris des patients. Un comité national pourrait se prononcer sur les cas litigieux.

Mesures pour la protection du patient et l'amélioration de la qualité

En Belgique, tout médecin peut, en principe, pratiquer une opération plastique. En France, par contre, seuls les chirurgiens plastiques sont autorisés à pratiquer tous les actes de chirurgie plastique. Pour les autres spécialistes, le champ d'action est limité, et les généralistes ont été tout à fait exclus. Afin de s'assurer de la compétence du chirurgien, le KCE recommande de déterminer également en Belgique quels médecins sont autorisés à pratiquer la chirurgie plastique.

Une autre façon de protéger les patients est d'obliger les chirurgiens à délivrer à leurs patients des informations sur l'intervention et ses éventuels risques (verbalement et par écrit), à fournir un devis détaillé, à prévoir un délai de réflexion de 15 jours, et à procéder à un certain nombre de consultations post-opératoires.

Il y a un cruel manque de données sur les cabinets et cliniques privés en Belgique. Nous n'avons aucune idée précise sur le nombre d'interventions, la qualité des interventions ou les possibles complications. C'est pourquoi ces cabinets et cliniques devraient selon le KCE être soumis à une obligation d'enregistrement et à des conditions minimales concernant la sécurité, l'hygiène et la continuité des soins. Ceci impliquerait également la mise en place de contrôles par les autorités régionales, et d'éventuelles sanctions en cas de non respect des critères définis.

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 83B.

LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES CHRONIQUES SEJOURNENT SOUVENT TROP LONGTEMPS A L'HOPITAL

Communiqué de presse du KCE (17/07/2008)

En collaboration avec l'Agence Intermutualiste (AIM) et les unités de recherche Censat (Hasselt) et Lucas (KU Leuven), le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a étudié le profil des patients occupant pendant de longues périodes des lits T dans les unités psychiatriques des hôpitaux. Au moment de l'étude, environ 4750 patients occupaient un lit T depuis déjà plus d'un an et pratiquement 1600 depuis plus de 6 ans. Le KCE se demande si tous ces patients sont à leur place dans ce service neuropsychiatrique de longue durée. Il faut cependant souligner que la réorientation vers un autre cadre de soins entraîne souvent des conséquences financières négatives pour ces patients. Le KCE plaide en faveur d'un modèle organisationnel mieux intégré qui définirait clairement les rôles respectifs des services hospitaliers, des maisons de soins psychiatriques et des autres services. Ce n'est que de cette manière que les lits T pourront être utilisés de

manière optimale. Ce rapport est le premier d'une série de projets du KCE sur le thème des soins de santé mentale.

Dans notre pays, on dénombre environ 13.000 patients psychiatriques chroniques et gravement atteints, séjournant depuis plus d'un an dans une structure psychiatrique (lits T, maisons de soins psychiatriques, habitations protégées ou hospitalisations de jour ou de nuit) . Pratiquement 40% d'entre eux (soit 4750 patients) sont à l'hôpital dont un tiers depuis plus de 6 ans. 25% d'entre eux (soit 3150 patients) résident en maison de soins psychiatriques dont 2/3 depuis plus de 6 ans.

La plupart des hospitalisés de longue durée sont des hommes. Environ la moitié souffre de schizophrénie ou d'un trouble psychotique. Quelque 4 patients sur 10 affichent un comportement agressif et asocial.

Certains éléments indiquent que les patients institutionnalisés depuis longtemps bénéficient moins souvent de revalidation et de psychothérapie que les autres. Les électrochocs ne sont généralement pratiqués que chez les occupants de lits T et cela surtout en Province de Liège. Il existe aussi clairement une grande différence entre les hôpitaux en matière de prescription de médicaments. Les facteurs cliniques jouent peut-être un rôle à ce niveau mais des recherches plus fouillées sur la question s'imposent.

Les patients qui quittent l'hôpital sont plus souvent réorientés vers des maisons de soins psychiatriques (MSP) qu'ils ne sont réintégrés dans la société, en bénéficiant alors d'une thérapie ambulatoire ou d'un encadrement à domicile. Les chances de réintégration sont les plus élevées chez les sujets jeunes ou les patients ayant séjourné en lit T pendant moins de 2 ans. En Flandre, les chances de réintégration sont moins élevées que dans les autres régions en raison d'une offre plus élevée en lits T.

Les patients souffrant d'un retard mental méritent une attention particulière. Le nombre d'hospitalisés de longue durée atteints de retard mental qui occupent des lits T varie d'une région à l'autre (Flandre 15%, Wallonie 30%). Ces personnes ont-elles bien leur place dans des lits T ? Ne seraient elles pas plus avantageusement prises en charge dans une MSP ou dans une institution pour handicapés mentaux ? Pour trancher la question, une enquête de plus grande envergure est indispensable. La réorientation de ce groupe doit faire l'objet d'un débat au niveau des communautés.

Le KCE estime qu'il faut une description claire respectivement des missions des hôpitaux, des autres services résidentiels et des structures ambulatoires. L'analyse de la situation des lits T ne peut être dissociée de celles d'autres services et institutions du secteur des soins de santé psychiatriques. Une complémentarité et un cadrage sous-jacents sont essentiels pour tendre vers une désinstitutionnalisation des patients.

En parallèle, doit s'ouvrir un débat sociétal sur le coût de ces prises en charge pour la société et pour le patient. Un patient hébergé en lit T coûte à la société beaucoup plus cher en moyenne que s'il était admis dans une MSP ou une habitation protégée. D'après les estimations du KCE , en 2003 un patient en lit T coûtait mensuellement 4500 euros à la société, contre 1000 euros par mois seulement pour l'habitation protégée, la formule la moins chère. Par contre, pour le patient c'est le contraire : sa participation financière est beaucoup plus élevée en MSP et en habitation protégée qu'à l'hôpital. Le récent rapport du KCE sur le Maximum à Facturer (nr 80) épinglait déjà de manière spécifique la hauteur des débours auxquels est exposé le patient en psychiatrie. On ne peut négliger l'influence de ces débours sur la décision de réintégration ou de réorientation de ces patients.

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 84B.

**NOMENCLATURE ARTICLES 13 (RÉANIMATION) ET 25, § 3 (PERMANENCE MÉDICALE
INTRA-HOSPITALIÈRE)
(en vigueur à partir du 01.09.2008)**

10 JUILLET 2008. - Arrêté royal modifiant les articles 13 et 25, § 3, 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 (M.B. du 24.7.2008 + erratum M.B. du 13.8.2008)

Article 1er. A l'article 13, 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, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 1er, la prestation 214233-214244 et les règles d'application qui suivent sont abrogées;

2° au § 1bis, dans le premier alinéa, les numéros d'ordre "214233-214244" sont abrogés;

3° au § 2, 6°, les numéros d'ordre "214233-214244" sont abrogés.

Art. 2. A l'article 25, § 3, de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° le libellé de la prestation 590472 est remplacé comme suit :

« Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros du groupe d'urgence mobile en vue d'un transport avec accompagnement médical vers l'hôpital dont fait partie la fonction reconnue de soins urgents spécialisés. »;

2° les prestations suivantes sont insérées après la prestation 590472 :

« 590435-

Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros du groupe d'urgence mobile et du transport avec accompagnement médical d'un patient vers un établissement hospitalier autre que l'établissement dont fait partie la fonction reconnue de soins urgents spécialisés A 75

-590446

Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés pour le transport avec accompagnement médical d'un patient hospitalisé vers un établissement hospitalier autre que l'établissement dont fait partie la fonction reconnue de soins urgents spécialisés, en vue de la fixation en urgence d'un diagnostic et/ou traitement A 150

590413-590424

Installation et surveillance de respiration contrôlée, sous intubation endotrachéale ou trachéotomie et de fonction cardiaque à l'aide d'un appareil de monitoring qui suit de façon permanente au minimum l'électrocardiogramme, lors du transport urgent avec accompagnement médical d'un patient dans une ambulance A 107 »;

3° les 2 derniers alinéas dudit paragraphe sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les prestations 590472, 590435, 590446 et 590413-590424 ne peuvent être portées en compte que si le médecin qui exerce la permanence du "service mobile d'urgence" remplit les qualifications visées à l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être reconnue.

Les prestations 590472 et 590435 ne peuvent être portées en compte que si le transport urgent avec accompagnement médical se fait suite à un appel au système d'appel unifié.

Les prestations 590472 et 590435 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 590472 et 590446 sont cumulables entre elles.

Les prestations 590472, 590435 ou 590446 sont cumulables avec la prestation 590413-590424 mais pas avec la prestation 109734.

Les prestations 590472, 590435, 590446 et/ou 590413-590424 ne sont pas cumulables avec la consultation, ni avec la visite.

Les prestations 590472, 590435, 590446 et/ou 590413-590424 sont toutefois cumulables avec les prestations techniques exécutées lors du transport avec accompagnement médical.

La prestation 590413-590424 peut également être portée en compte par un médecin, spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en rhumatologie, en pédiatrie, en anesthésie, en chirurgie, en neurochirurgie, en orthopédie, en chirurgie plastique, en urologie ou en neurologie. ».

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.

NOMENCLATURE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE & MICROBIOLOGIE (en vigueur à partir du 01.10.2008)

2 JUILLET 2008. - Arrêté royal modifiant les articles 14, g), et 24, § 1er, 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 (M.B. du 12.8.2008)

Article 1er. A l'article 14, g), 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, [...], la prestation et la règle d'application suivantes sont insérées après la prestation 432434-432445 :

« 432773-432784

Injection intra-cervicale ou intra-utérine de spermatozoïdes après capacitation K 90

Cette prestation ne peut être portée en compte qu'une fois par cycle par un gynécologue qui, est soit attaché, soit affilié à un hôpital, conformément à l'arrêté royal du 15 septembre 2006 fixant les modalités suivant lesquelles un gynécologue est soit attaché, soit affilié à un hôpital, dans le cadre de la prestation visée à l'article 34, alinéa 1er, 26°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. »

Art. 2. A l'article 24, § 1er, de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° dans la rubrique 5/MICROBIOLOGIE, la prestation suivante est insérée après la prestation 550012-550023 :

« 550115-550126

Capacitation de spermatozoïdes B 12000

(Maximum 1) (Règle diagnostique 80) Classe 38 »

2° dans la rubrique « Règles diagnostiques », est insérée la règle diagnostique suivante :

« 80

La prestation 550115-550126 ne peut être portée en compte à l'AMI qu'en préparation de la prestation 432773-432784 de l'article 14, g), de la présente nomenclature. »

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.

NOMENCLATURE ORTHOPEDIE ET TRAITEMENTS PERCUTANES (en vigueur à partir du 01.08.2008)

12 JUIN 2008. - Arrêté royal modifiant les articles 14, k), l, § 1er, B, 2° et 34, § 1er, 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 (M.B. du 27.6.2008)

Article 1er. A l'article 14, k), l., § 1er, B, 2°, 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 l'arrêté royal du 10 juillet 1990, sont apportées les modifications suivantes :

1° la règle d'application suivante est insérée après la prestation 281514 - 281525 :

« La prestation 281514 - 281525 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie. » ;

2° la règle d'application suivante est insérée après la prestation 281551 - 281562 :

« La prestation 281551 - 281562 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie. »

Art. 2. A l'article 34, § 1er, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 22 janvier 1991, 25 juillet 1994, 12 août 1994, 7 juin 1995, 10 juillet 1996, 18 février 1997, 9 octobre 1998, 29 avril 1999, 6 novembre 1999, 30 mai 2001, 27 mars 2003, 22 avril 2003 en 17 août 2007, sont apportées les modifications suivantes :

l. au a),

1° la règle d'application suivante est insérée après la prestation 589116 - 589120 :

« La prestation 589116 - 589120 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie. » ;

2° la règle d'application suivante est insérée après la prestation 589131 - 589142 :

« La prestation 589131 - 589142 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie. »

II. le b) est complété par la prestation et règles d'application suivantes :

« 589676 - 589680

Cyphoplastie percutanée par ballonnet pour le traitement de fractures par enfoncement d'un corps vertébral (par corps vertébral) I 400

La prestation 589676 - 589680 ne peut être attestée que dans le cas d'une des indications suivantes :

A. Fractures tassement ostéoporotiques « single level » ou « multi-level », et inférieures à T5, sans compression neurologique et sans signe de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions suivantes :

a) douleurs persistantes de plus de 8 semaines liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur - administré pendant 8 semaines au minimum - a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires très gênants; la situation est décrite dans un rapport rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur; l'intervention doit cependant avoir lieu durant une période de 4 mois après que la première constatation objective de la fracture tassement a été établie à moins qu'une progression de la fracture n'ait été démontrée;

b) la perte de hauteur se situe entre 20 % et 60 %;

c) le mur dorsal est maintenu;

d) présence d'un oedème osseux;

e) les fractures sont, selon la classification AO, de type A1.1, A1.2, A1.3 ou A2.3;

f) chez un homme :

- soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < -2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie;

- soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence masculine, < -1 au niveau de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.

g) chez une femme avec une ostéoporose induite par des glucocorticoïdes, qui est traitée de longue durée (plus de 3 mois) avec une dose orale journalière minimale de 7,5 mg de prednisone ou équivalent, administrée dans le cadre d'une indication scientifique reconnue :

- soit la patiente doit être ménopausée sans substitution hormonale;

- soit la patiente doit présenter un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, < -1.5 mesuré au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.

h) chez une femme ménopausée : soit un T-score, calculé par rapport à une population de référence féminine, < -2.5 au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) ou de la hanche (zone totale ou zone propre du col) lors d'un examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie.

B. Fractures tassement causée par un myélome multiple de Kahler, sans compression neurologique et sans signes de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions suivantes :

a) douleurs persistantes de plus de 6 semaines liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur - administré pendant 6 semaines au minimum - a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires très gênants; la situation est décrite dans un rapport rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur;

b) le mur dorsal est maintenu;

c) présence d'un oedème osseux;

d) les fractures sont, selon la classification AO, de type A1.1, A1.2, A1.3 ou A2.3;

Dans les deux cas, A + B, le diagnostic est posé sur la base des examens suivants :

- et RX face et profil

- et IRM ou en cas de contre-indication, un CT-scan

- et une scintigraphie osseuse sans SPECT

Et en cas de fractures tassement ostéoporotiques, un DEXA-scan.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications susmentionnées, doivent être conservés dans un dossier et doivent être envoyés au médecin-conseil si celui-ci/celle-ci les demande.

La prestation 589676 - 589680 est attestée à 100 % pour chaque vertèbre traitée, sous réserve qu'elle ne peut être attestée pour plus de deux vertèbres en même temps à l'assurance maladie-invalidité.

Par période de deux années civiles au maximum deux prestations 589676 - 589680 exécutées en un seul temps opératoire peuvent être attestées à l'assurance obligatoire soins de santé.

Une exception à cette règle d'application est constituée par les prestations complémentaires 589676 - 589680, exécutées au cours d'une séance opératoire seconde ou ultérieure, pour autant qu'avant leur exécution, elles aient fait l'objet d'un accord du Collège des médecins-directeurs.

La prestation 589676 - 589680 ne peut être portée en compte lors d'une vertébroplastie.

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.

NOMENCLATURE

ARTICLE 19, § 5 (radiothérapie et radiumthérapie - médecine nucléaire) (en vigueur à partir du 01.08.2008)

1er JUIN 2008. - Arrêté royal modifiant l'article 19, § 5, 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 (M.B. du 16.6.2008)

Article 1er. Le paragraphe 5 de l'article 19 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 l'arrêté royal du 19 avril 2001, est remplacé comme suit :

« § 5. Les médecins agréés au titre de spécialiste dans une spécialité autre que la radiothérapie-oncologie peuvent porter en compte les prestations de radiothérapie connexes à leur spécialité.

Les médecins agréés au titre de spécialiste dans une spécialité autre que la médecine nucléaire peuvent porter en compte les prestations de médecine nucléaire connexes à leur spécialité.

Dans ce cas, ces médecins doivent, lors d'un traitement oncologique, procéder à une concertation multidisciplinaire (numéros d'ordre 350372-350383, 350394-350405 ou 350416-350420) afin de planifier tous les aspects de la thérapie.

Néanmoins, les prestations de curiethérapie et de médecine nucléaire sont réservées aux médecins et aux établissements autorisés à détenir et à utiliser des substances radioactives à des fins médicales conformément aux dispositions légales en la matière.

A l'exception des thérapies de contact, visées sous le numéro d'ordre 444334-444345 et de la curiethérapie intraluminale, visée sous le numéro d'ordre 444275-444286, l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les prestations radiothérapeutiques est soumise à la condition que ces prestations soient dispensées dans un service de radiothérapie agréé conformément à l'arrêté royal du 5 avril 1991 fixant les normes auxquelles un service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Par dérogation à la disposition décrite à l'alinéa précédent, les applications avec sources scellées permanentes pour le traitement d'un processus tumoral local restreint via la curiethérapie, attestées par le numéro d'ordre euro 444253-444264, peuvent être effectuées dans un hôpital qui ne dispose pas d'un service de radiothérapie agréé :

1° pour autant que l'hôpital où l'application est effectuée ait conclu un accord écrit de collaboration avec un hôpital qui dispose d'un service de radiothérapie agréé. Cet accord écrit entre les hôpitaux règle l'endroit où et par qui sont effectuées les différents éléments de la thérapie ainsi que les responsabilités y afférentes. Les prestations effectuées par le médecin-spécialiste en radiothérapie-oncologie et par l'expert agréé en radiophysique médicale y sont décrits, ainsi que la façon de commander, d'appliquer et de gérer les produits radioactifs - en concordance avec l'Arrêté ministériel du 10 avril 2002 modifiant la liste jointe à l'arrête royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, et conformément à l'arrêté royal du 20 juillet 2001 "portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des radiations ionisantes »;

2° pour autant que le planning visé sous le numéro d'ordre 444393-444404 soit réalisé en collaboration avec l'expert agréé en radiophysique médicale attaché au service de radiothérapie agréé et que la simulation visée sous le numéro d'ordre 444356- 444360 soit effectuée par le médecin spécialiste en radiothérapie-oncologie attaché au service de radiothérapie agréé;

3° pour autant que les prestations radiothérapeutiques soient effectuées et attestées par un médecin-spécialiste en radiothérapie-oncologie qui est attaché à un service de radiothérapie agréé. »

Art. 2. 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.

**NOUVELLE REGLE INTERPRETATIVE ET MODIFICATIONS
ARTICLES 5 ET 6 (Traitements orthodontiques)
(M.B. du 30.5.2008)**

1° La règle interprétative 01 est remplacée par la disposition suivante **(en vigueur depuis le 01.07.2008)** :

QUESTION 1

Lors d'un traitement orthodontique, l'on a parfois recours aux services d'un logopède dont les travaux sont supervisés par le praticien de l'art dentaire visé dans l'article 4, § 1er de la nomenclature des prestations de santé. Ces travaux ont lieu en plus des séances de traitement régulier prévues sous les n° 305616-305620, 305653-305664 et 305712-305723, et les forfaits de traitement de première intention, prévus sous les n° 305933-305944 et 305955-305966; le praticien prend personnellement certaines mensurations au début d'une séance de logopédie. Peut-on assimiler ce travail à une consultation 301011-301022, 371011-371022, 301092-301103, 371092-371103, 101054, 102012 et 102535 ou un examen buccal semestriel 371556-371560, 371571-371582, 301556-301560 et 301571-301582?

REPONSE

Les forfaits de traitement régulier payés pour le traitement orthodontique sous les n° 305616-305620, 305653-305664 et 305712-305723, et les forfaits de traitement orthodontique de première intention 305933-305944 et 305955-305966 couvrent toutes les actes nécessaires au traitement. Les prestations n° 301011-301022, 371011-371022, 301092-301103, 371092-371103, 101054, 102012, 102535, 371556-371560, 371571-371582, 301556-301560, 301571-301582 ne peuvent être attestées dans le cas précité et ne peuvent donc faire l'objet d'une intervention de l'assurance-maladie obligatoire.

2° La règle interprétative 02 est remplacée par la disposition suivante **(en vigueur depuis le 01.09.2007)** :

QUESTION 2

Un traitement orthodontique ne donnant pas lieu à une intervention de l'assurance peut-il être tarifé sous les n° 371011-371022, 301011-301022 * Consultation au cabinet d'un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste généraliste, d'un médecin spécialiste en stomatologie ou d'un médecin-dentiste, ou 371092-371103, 301092-301103 * Consultation au cabinet d'un praticien de l'art dentaire, porteur du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en orthodontie, ou 101054 * Consultation au cabinet du médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL), ou 102012 * Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste, 102535 * Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste accrédité ?

REPONSE

Les prestations n° 371011-371022, 301011-301022, 371092-371103, 301092-301103, 101054, 102012 et 102535 ne peuvent pas être attestées pour une séance de traitement orthodontique, que ce traitement entre en ligne de compte ou non pour une intervention de l'assurance.

3° La règle interprétative 07 est remplacée par la disposition suivante **(en vigueur depuis le 01.07.2008)** :

QUESTION 7

Quelles conditions doivent être respectées pour qu'un appareil orthodontique soit considéré comme répondant aux prestations 305933-305944, 305955-305966, 305631-305642 et 305675-305686 ?

REPONSE

Pour être considéré comme répondant aux prestations 305933-305944, 305955-305966, 305631-305642 et 305675-305686, un appareil orthodontique doit contribuer activement à la correction de la dysmorphose.

4° La règle interprétative 17 est insérée (**en vigueur depuis le 01.07.2008**) :

QUESTION 17

Peut-on attester un 317295-317306 pendant la période d'un traitement orthodontique de première intention repris sous les codes 305933-305944 et 305955-305966 ?

REPONSE

On peut attester un 317295-317306 pendant la période d'un traitement orthodontique de première intention pour autant que la prestation ne vise aucun des objectifs de traitement repris à l'article 6, § 7, alinéa 3 de la nomenclature des prestations de santé.

**NOUVELLE REGLE INTERPRETATIVE
ARTICLE 29, § 1er (orthèse de décharge)
(M.B. du 15.7.2008)**

REGLE INTERPRETATIVE 24 (en vigueur depuis le 01.09.2008)

QUESTION

Qu'entend-on par orthèse de décharge ?

REPONSE

Par orthèse de décharge il faut comprendre : une orthèse de membre supérieur ou inférieur qui retient hors de la fracture les forces internes qui s'exercent sur une fracture et qui est utilisée pendant une grande partie de la journée afin de rendre possible l'activité ou la mise en charge précoces. Par forces internes on entend e.a. les forces causées par le poids du tronc lors de l'appui sur le membre inférieur, forces entraînées par l'activité musculaire.

Le terme orthèse de décharge ne s'applique pas à l'orthèse visant uniquement à protéger la fracture des forces extérieures s'exerçant sur celle-ci.

**CYCLE DE FORMATION
DE
MANAGEMENT GÉNÉRAL POUR MÉDECINS SPÉCIALISTES**

**L'EHSA MANAGEMENT SCHOOL organise en collaboration avec le GBS
un cycle de formation de
MANAGEMENT GENERAL POUR MEDECINS SPECIALISTES 2008-2009**

Pourquoi participer au programme Management général pour médecins spécialistes?

Dans le milieu de santé aussi la pression de performance augmente sans cesse. En même temps, le rôle du médecin hospitalier en tant que manager se développe de plus en plus. Les médecins forment en effet un maillon essentiel dans la réalisation et la garantie de soins hautement qualitatifs et tournés en premier vers le patient, dans la gestion des coûts et dans le développement d'une organisation efficiente et compétitive. Le médecin spécialiste a de plus de plus de responsabilités de gestion au sein de son service ou département. Il doit cependant non seulement disposer de connaissances et de qualités requises pour diriger ces tâches de façon opérationnelle, mais il doit également jouer un rôle essentiel et posséder les capacités de développer l'organisation hospitalière. Dans la formation de médecin, ces compétences économique-professionnelles ne sont pour ainsi dire jamais acquises.

Le programme proposé veut familiariser les médecins spécialistes, durant un nombre de sessions limité, avec un certain nombre de connaissances essentielles -stratégiques, juridiques et économiques- afin qu'ils soient en mesure de participer de façon plus active à la gestion hospitalière. Par ailleurs, le contexte personnel -financier et fiscal- fera également l'objet de sessions durant la formation.

L'accréditation a été demandée en Ethique et Economie.

Groupe cible

La formation est destinée à tous les médecins spécialistes pour lesquels acquérir des notions de base en management général constitue un enrichissement. Elle s'adresse aussi bien aux médecins hospitaliers qu'aux médecins individuels intéressés.

Contenu et structure du programme

Le programme compte 11 sessions, étalées sur une année académique, à raison d'une journée de formation par mois à peu près. Les sessions sont regroupées par thème en 4 modules, qui peuvent également être suivis séparément :

Module 1 : Contexte juridique (3 sessions)

- cadre légal
- responsabilité

Module 2 : Gestion générale (2 sessions)

- planning stratégique et balanced scorecard
- gestion de qualité et souci du patient

Module 3 : Information et gestion financières (3 sessions)

- notions comptables (bilan, calcul des résultats, coûts)
- financement hospitalier
- gestion financière et contrôle interne

Module 4 : Planning financier personnel (3 sessions)

- emploi dans le cadre d'une société
- optimisation fiscale
- planning financier personnel

Professeurs

Les professeurs suivants participent au programme :

J.M. Boes, Bedrijfsrevisor Boes & C° bvba • H. Cools, Training Manager Fiscaliteit en Recht, Docent Successie- en vermogenplanning Fortis Bank, Erkend Belastingconsulent, lid IAB • G. De Geest, Stafmedewerker Studiedienst Landsbond van Onafhankelijke ziekenfondsen • N. Demeere, Business Analyst Departement Financial Consulting Deloitte • E. De Smidt, Financieel adviseur, Lid Afdeling Financiering Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Lector KH Leuven • F. Dewallens, Advocaat-Vennoot Dewallens & partners, Voorzitter van de Vlaamse vereniging voor gezondheidsrecht, EMS-prof • D. D'Hoker, zelfstandig Lean Consultant, zaakvoerder D'Hoker Consulting gvc • R. Diricx, Sales Director Sodexo-Pass, EMS-prof • N. Heijerick, Notarieel Juriste, Docente HUB, EMS-prof • R. Heylen, Anesthetist, Licentiaat rechten, Diensthoofd ZOL, voorzitter BSAR • D. Himpe, Anesthesie-Reanimatie ZNA Antwerpen Middelheim Ziekenhuis • J. Lambrecht, Directeur Studiecentrum voor Ondernemerschap HUB, Hoogleraar HUB • K. Michiels, Algemeen directeur AZ Nikolaas Sint-Niklaas • C. Politis, Geneesheer-Diensthoofd MKA- chirurgie ZOL Genk, Nederlandstalige Adjunct Secretaris-Generaal VBS • K. Stas, Advocaat-Vennoot Dewallens & partners, Plaatsvervangend Vrederechter • T. Tack, Professor Fiscaal recht HUB-FHS • H. Van Impe, Accountant-Bedrijfsrevisor en revisor erkend door de controledienst van ziekenfondsen, Vennoot Van Impe & Associates, Executive professor UAMS • C. Van Liedekerke, Academisch Coördinator HUB, docente HUB, EMS-prof • N. Van Robaeys, Docent HUB, Zelfstandig management consultant, EMS-prof • T. Vansweevelt, Advocaat Dewallens & partners, Hoogleraar UA • J. Verlooy, Hoofddocent Neurochirurgie UA, Neurochirurg AZ Sint-Vincentius Antwerpen, Consulente Neurochirurgie Hopital Erasme Brussel, Voorzitter Beroepsvereniging Neurochirurgie • A. Vijverman, Advocaat-Vennoot Dewallens & partners

Dates

Les sessions auront lieu le vendredi de 09 h 00 à 17 h 30 à la HUB, rue d'Assaut 2, 1000 Bruxelles (juste à côté de la Gare centrale). Le programme s'étalera du vendredi 26 septembre 2008 au vendredi 17 avril 2009 à raison d'environ 1 session par mois.

Prix d'inscription

Le prix d'inscription s'élève à 3.750 € pour le programme complet. Si vous payez avant le 15 septembre 2008, le prix de préinscription de 3.600 € s'applique.

Pour les membres du GBS, le prix de participation est fixé à 2.880 EUR et le prix de préinscription à 2.480 EUR. Le prix de préinscription ne s'applique pas en cas de paiement via le portefeuille d'entrepreneur électronique (BEA).

Il est également possible de s'inscrire par module : vous payez 1.350 EUR pour les modules 1, 3 ou 4 et 900 EUR pour le module 2.

Les syllabus sont compris dans le prix d'inscription.

Coordinateur du programme

Encore des questions ?

Posez-les en prenant contact avec Nathalie Pots au numéro 02-210 12 43 ou par l'envoi d'un e-mail à nathalie.pots@hubrussel.be. Vous trouverez plus d'informations sur le site de l'Ehsal Management School www.hubrussel.be/ems

Journées d'information

L'EMS organise des journées d'information le samedi 6 septembre 2008 de 9 h 30 à 12 h 30 et le jeudi 11 septembre 2008 de 17 h à 20 h.

ATTENTION :

**Toutes les sessions ont lieu
uniquement EN NEERLANDAIS !**

PRIX SCIENTIFIQUES

- **Prix Gagna A. & Ch. Van Heck**

Montant : 75.000 €

Ce prix récompensera un chercheur ou médecin dont les travaux auront contribué à la guérison d'un mal encore incurable à ce jour, ou dont la recherche mène à l'espoir d'une proche guérison.

Date limite pour l'introduction des candidatures : 1^{er} octobre 2008.

- **Prix InBev-Baillet Latour pour la Recherche clinique - 2009**

Montant : 75.000 €

Ce prix, réservé à un chercheur clinicien post-doctorant, encouragera et récompensera des travaux de recherche clinique.

Date limite pour l'introduction des candidatures : 3 novembre 2008.

- **Prix van GYSEL pour la recherche biomédicale en Europe - 2009**

Montant : 100.000 €

Ce prix est destiné à favoriser le développement du haut enseignement et de la recherche dans le domaine biomédical en Europe.

Date limite pour l'introduction des candidatures : 15 décembre 2008.

Les règlements et formulaires sont disponibles sur le site du FNRS :
www.frs-fnrs.be

REUNIONS SCIENTIFIQUES

Symposium automnal 2008

**« Brûlures, pathologies dermatologiques, plaies chroniques et infections nosocomiales »
Jeudi 25 septembre 2008**

Hôpital Militaire Reine Astrid, Centre des Grands Brûlés, Neder-Over-Heembeek

Accréditation pour les médecins et infirmiers demandée. Inscription possible jusqu'au 7 septembre.

Pour de plus amples informations :

Serge Jennes, Med Maj Tél. : 02/264 48 02 – Fax : 02/262 14 80 – E-mail : serge.jennes@mil.be

Symposium
"La semaine pour la sécurité du patient"
les 6 et 7 novembre 2008 à Bruxelles

Le programme est en cours de préparation et sera consultable d'ici peu sur le site internet www.patient-safety.be.
Organisateur : SPF Santé publique

PHILHARMONIC DOCTORS ORCHESTRA
MAGIC FLUTE IN FALL 2010

The medical doctor, conductor and concert pianist Wolfgang Ellenberger from Buchen/Germany is founding the PDO Philharmonic Doctors Orchestra and together with Callista Janzing and Otmar Desch, they plan to perform an entire opera - The Magic Flute of Mozart - in fall 2010 after four working phases.

The PDO is open to docs (medical doctors, dentists, veterinarians, pharmacists, psychotherapists and spiritual healers) from all countries (world-wide), the registration runs over a web form at www.PDO.name and the first working phase is planned in spring 2009 in the middle of Germany.

As usual in these circles the event is for beneficial purposes - the members cover their own travel and expenses and play without a fee, so that the eventual profit can be given for charity. It is known that participants of such projects become "addicted" and never miss a project any more.....

For more information contact Wolfgang Ellenberger, president of the beneficial association DoctorsTalents.com e.V. :
Email : Wolfgang@Ellenberger.name
Cell phone : +49 (1520) 176 71 55
Fax : +49 (1212) 5-135-05-622
www.Ellenberger.name
www.DoctorsTalents.com

COUR INTERNATIONALE DE JUSTICE, LA HAYE, PAYS-BAS
AVIS DE VACANCE DE POSTE

Intitulé du poste : Médecin principal (temps partiel, ± 25 %)
Lieu d'affectation : Cour internationale de Justice, La Haye, Pays-Bas
Numéro de l'avis de vacance de poste : 2008-ICJ-REG-01
Date limite de dépôt des candidatures : 15 septembre 2008

Pour de plus amples informations, consultez le website www.icj.cij.org, "Emploi"

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
- 07068* **ANESTHESISTE**, large expérience des techniques générales et locorégionales, clinique de la douleur et soins intensifs, est prêt à assurer des remplacements, gardes résidentes et gardes d'urgence partout dans le pays. Tél.: 0477/45.29.50.
- 08012* **BRUXELLES** : Centre Médical privé cherche **NEUROLOGUE** et **ORL**. Prière de tél. au 02/267.97.78. Contact : Mme LOPEZ.
- 08019 **A LOUER** à 6890 **LIBIN** : Cabinet pour médecin. Situation idéale, toutes commodités, possibilité de partager. Tél. pour conditions 0475 481050.
- 08037 **LODELINSART** : radiologue qui aura 65 ans en 2010 recherche un ou plusieurs **RADIOLOGUES** pour le remplacer. Travaille seul 4 jours/semaine. Demande compétences en digestif double contraste, radiodiagnostic, échotomographie, mammographie et doppler couleurs. Dr J. Vankan tél. : 071/31.66.67.
- 08045 **FRANCE - NORMANDIE** bord de mer, dans station balnéaire à 10 km de CAEN : **VENDS**, pour raison familiale, patientèle de **GYNECOLOGIE**. Gynécologie (contraception, stérilité, ménopause), suivi de grossesse (50% de l'activité), activité échographique à développer. CA 130 000 euros. Prix proposé 40 000 euros. Contacter Dr Françoise Quevillon-Khayat GSM : 00 33 6 131 048 23 – mail : fquevillon@orange.fr.

- 08080 **FRANCE** : Agde Cap d'Agde Hérault France, suite départ à la retraite de son associé, **PEDIATRE** cherche successeur. Pas de frais d'entrée. Tél. : 00.33.4.67.26.61.13. E-mail : michel.barthes1@club-internet.fr
- 08082 **FRANCE** : **URGENT** : cause changement de région du conjoint, médecin **ENDOCRINOLOGUE/ DIABÉTOLOGUE CÈDE GRACIEUSEMENT PATIENTÈLE**, tenue 29 ans, dans une S.C.M. médicale et paramédicale, située à proximité immédiate de Lille, Euralille et gare T.G.V. Activité : thyroïdologie, avec accès échographe, diabétologie, activité de pompe ambulatoire d'insuline, prise en charge de l'obésité. Accès cliniques : diabète et obésité. Contact : 00.33.6.72.90.43.71 mail : fsecourtin@free.fr
- 08083 **CHARLEROI** – importante patientèle de **PNEUMOLOGIE-ALLERGOLOGIE** à reprendre : cabinet médic. avec équip. complet : épr. fonct. resp. , Rx thorax, mat. allergie. Tél. : 0496/20.54.04 ou 0472/56.54.07.
- 08084 **LIÈGE ROCOURT** : **A VENDRE** : très belle et spacieuse demeure. Beau parc 3.230 m². Immeuble polyvalent convenant pour habitation & profession libérale. Belles réceptions (marbre, parquets chêne) terrasse sud, 6/7 ch. ± 800 m² habitables. Très bon état. Plusieurs bureaux spacieux avec entrée et parking indépendants (au N-O). Tél. : 04/263.37.69 & 0478/42.14.52. Annonce + photos : www.immoweb.be : 1417179 - www.vlanimmob.be : IN921907.
- 08085 **MALMEDY** : La clinique de Malmédy recrute 2 **PEDIATRES** indépendants temps plein ou temps partiel pour une activité variée d'étagé et de consultations. La rémunération allie un fixe garanti et un pourcentage du chiffre d'affaires réalisé. Personne de contact : Dr Quentin Dulière, directeur médical, clinique Reine Astrid, rue devant les Religieuses 2 – 4960 Malmédy – 080/79.32.69 quentin.duliere@clinmdy.be
- 08086 **NEUFVILLES** : Le Centre Reine Fabiola (www.crfneufvilles.org) recherche 1 **PSYCHIATRE** apte à travailler en équipe pluridisciplinaire – CV à transmettre à reshumaines@crfneufvilles.org.
- 08087 **BRUXELLES** : Le Vésalius Médical Center (complètement remis à neuf) situé à Uccle dans le quartier Coghen recherche des médecins spécialistes pour **LOCATION DE LOCAUX MEUBLES** (180 m² + 12 places de parking). Prix : ± 7 euros/h . Infos et renseignements : 0479/33 14 35.
- 08088 **LIEGE** : nouveau centre médical indépendant, ouverture mi-2010, périphérie de Liège, accès autoroute, parking, gestion centralisée, recherche **MEDECINS SPECIALISTES TOUTES DISCIPLINES**. Plateau technique complet avec radiologie, médecine nucléaire, laboratoire, salle d'opération, piscine, ... Pour tout renseignement : Tél. : 0486/03.86.01 - 0497/55.49.05 - mail : siroc.sprl@gmail.com.
- 08089 **FRANCE** : Cabinet de recrutement français spécialisé dans le secteur médical recherche un **ANESTHESISTE REANIMATEUR** pour un établissement public situé dans le département du Nord à la frontière belge proche de Lille. Il s'agit d'un centre hospitalier pluridisciplinaire doté d'un plateau technique de pointe et regroupant différents services tels que Pneumo, Cardio, Onco, Gériatrie, Chirurgie, ORL, Gynécologie, Urgence, réanimation médicale polyvalente (8 lits), etc. Poste à temps plein et en contrat fixe (statut P.H. français). Pour de plus amples informations : ange.vial@av-recrutement.com ou www.av-recrutement.com

Table des matières

• La performance hospitalière (MS 7 Paris – 11 – 13 novembre 2007)	1
• Statut social 2008	10
• Suivre la qualité du traitement du cancer du rectum pour l'améliorer : une première en Belgique (Communiqué de presse du KCE – 03/07/2008)	10
• Un bon diagnostic de sténose coronaire grâce au scanners CT multi-détecteurs : prématuré (Communiqué de presse du KCE – 10/07/2008)	11
• La chirurgie plastique : absence de critères clairs pour le remboursement et besoin de protection contre les mauvaises pratiques (Comm. de presse du KCE – 14/07/2008)	12
• Les patients psychiatriques chroniques séjournent souvent trop longtemps à l'hôpital (Communiqué de presse du KCE – 17/07/2008)	13
• Nomenclature articles 13 (réanimation) et 25, § 3 (permanence médicale intra-hospitalière)	15
• Nomenclature gynécologie-obstétrique & microbiologie	16
• Nomenclature orthopédie et traitements percutanés	16
• Nomenclature article 19, § 5 (radiothérapie et radiumthérapie - médecine nucléaire)	18
• Nouvelle règle interprétative et modifications art. 5 et 6 (traitements orthodontiques) ..	19
• Nouvelle règle interprétative article 29, § 1er (orthèse de décharge)	20
• Cycle de formation de management général pour médecins spécialistes	20
• Prix scientifiques	22
• Réunions scientifiques	22
• Philharmonic Doctors Orchestra – Magic Flute in fall 2010	23
• Cour Internationale de Justice, La Haye, Pays-Bas – Avis de vacance de poste	23
• Annonces	23