

---

# 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° SPECIAL / JANVIER 2009**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

**ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2009-2010  
PUBLIE AU MONITEUR BELGE DU 19.01.2009**

L'accord national médico-mutualiste pour les années 2009-2010 a été publié au Moniteur belge du 19.01.2009. Le texte intégral de l'accord peut être consulté sur notre website.

Les médecins ne souhaitant pas adhérer à l'accord ou ne désirant le faire que partiellement disposent de 30 jours après la publication au Moniteur belge – autrement dit ils ont jusqu'au **18 février 2009 au plus tard** – pour signifier leur décision **par lettre recommandée** à la Commission nationale médico-mutualiste auprès de l'INAMI.

Des lettres types sont disponibles sur notre website [www.gbs-vbs.org](http://www.gbs-vbs.org). Ces lettres peuvent également être obtenues sur simple demande auprès du secrétariat par téléphone au 02/649.21.47 ou par fax au 02/649.26.90.

Nous avons déjà traité plusieurs points importants dans le numéro de décembre de notre publication. Compte tenu des nombreuses questions qui nous ont été posées par téléphone, il nous semble utile de souligner un certain nombre de points.

Le système du conventionnement partiel tel que les médecins le connaissaient jusqu'à présent a été totalement transformé. Durant les négociations pour l'accord 2009-2010, le maintien du conventionnement partiel a été un des obstacles les plus difficiles à surmonter. Au départ, les organismes assureurs proposaient la suppression totale du système du conventionnement partiel car les possibilités de contrôle du respect de ce système étaient très difficiles à organiser dans la pratique. Au terme de longues négociations, il a été possible d'obtenir le maintien de l'adhésion partielle à l'accord moyennant une révision en profondeur du système. Le nouveau système est nettement plus contraignant qu'auparavant. Les médecins optant pour le régime du conventionnement partiel sont invités à lire très attentivement le point 18.4.2. de l'accord afin d'éviter de mauvaises surprises.

En résumé, le conventionnement partiel n'est plus possible que pour les prestations (consultations, rendez-vous et prestations techniques) pour des patients ambulatoires organisées en maximum quatre blocs de quatre heures consécutives par semaine, soit au maximum 16 heures par semaine. En outre, il convient d'effectuer au moins la moitié de toutes les prestations pour les patients ambulatoires aux tarifs de la convention, à moins que le patient émette des exigences particulières. Le médecin doit aussi – sur chaque site possible d'exercice de sa pratique médicale – effectuer des prestations pour des patients ambulatoires aux tarifs de la convention, sauf en cas d'exigence particulière du patient.

Qu'est-il encore permis de considérer comme des exigences particulières du patient à partir d'aujourd'hui? C'est décrit très précisément à l'article 18.4.3. de l'accord.

**"18.4.3. Exigences particulières du bénéficiaire**

*Pour l'application du présent accord, pour les médecins spécialistes, les exigences particulières du bénéficiaire sont strictement définies comme suit :*

**18.4.3.1.** *le séjour hospitalier en chambre particulière demandé par ou pour le bénéficiaire pour des raisons de convenances personnelles;*

**18.4.3.2.** *les appels à domicile, sauf s'il s'agit de consultations demandées par le médecin traitant;*

**18.4.3.3.** *les prestations aux patients ambulants réalisées à la demande expresse du patient après 21h ou les samedis, dimanche et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin spécialiste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et ces jours."*

Par conséquent, l'organisation de consultations sur rendez-vous ne peut plus être considérée en soi comme une exigence particulière du patient.

Les médecins adhérant totalement ou partiellement à la convention doivent également accorder une attention toute particulière au point "6. Médicaments" de l'accord. Ils s'engagent en effet, à partir du 1er janvier 2009, en principe et dans au moins 8 cas sur 10, à débiter le traitement avec une des molécules les moins onéreuses des 6 groupes de spécialités pharmaceutiques suivants pour autant qu'il n'existe pas de contre-indication médicale et que les objectifs thérapeutiques soient atteints : IPP (AO2BC), inhibiteurs de l'ECA et sartans (CO9), statines (C10AA), Fluconazole et Itraconazole (JO2AC), AINS (MO1A) et ISRS (NO6AB). A cet égard, sont recommandées en priorité les spécialités pour lesquelles aucun supplément ne peut être porté à charge des patients ou les prescriptions mentionnant la DCI. L'annexe 1 de l'accord contient le détail des traitements des 6 classes. L'INAMI enverra à tous les médecins, en accompagnement du texte de l'accord, une circulaire expliquant plus précisément le volet médicaments.

Par cette mesure, les parties à l'accord espèrent réaliser l'économie imposée de 42,5 millions d'euros dans le secteur des médicaments. Si la médico-mut n'avait pas proposé cette mesure alternative, l'article 16 de la loi santé du 19.12.2008 serait entré en vigueur<sup>1</sup> et la mesure proposée par le Conseil général du 08.12.2008 serait devenue applicable<sup>2</sup>. Cela aurait signifié qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, auraient dû prescrire pour 54 % de médicaments bon marché, les médicaments sous DCI non compris. Pour certaines spécialités, cela aurait été tout simplement une impossibilité médicale.

Après le 18 février 2009, il ne sera plus possible pour les médecins de se déconventionner à moins que des conditions exceptionnelles telles que prévues expressément au point 20 de l'accord se présentent. Si ces circonstances se présentent, nous ne manquerons pas de vous en informer via notre publication (ou par le biais d'un e-spécialiste pour autant que le GBS dispose de votre adresse e-mail).

---

<sup>1</sup> L'article 16 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. du 31.12.2008, 3<sup>e</sup> éd. p. 69325) modifie l'article 73 §2 de la loi S.S.I. comme suit : "Le caractère inutilement onéreux ... de certaines spécialités pharmaceutiques ... est déterminé ... sur la base d'un pourcentage global de prescriptions dans le secteur ambulatoire, défini pour chaque catégorie de médecins ... par rapport au volume global en defined daily dosis (DDD) de ses prescriptions de spécialités pharmaceutiques remboursables... ..".

<sup>2</sup> Note CGSS 2008/111 du 14.10.2008, pp. 12 – 13.

**COMMUNICATION IMPORTANTE AUX MEDECINS SPECIALISTES  
EN MEDECINE INTERNE AVEC UN NUMERO INAMI 580**

Les médecins spécialistes agréés en médecine interne exerçant principalement la gastro-entérologie ou la rhumatologie durant au moins six ans peuvent renoncer à leur agrément en médecine interne pour être agréés respectivement comme médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en rhumatologie. Pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et en rhumatologie, les dossiers doivent être introduits au plus tard respectivement les 12 mai 2009 et 5 décembre 2009 auprès de la commission d'agrément compétente. Cette possibilité pour les spécialités concernées prend fin à ces dates.

Les médecins spécialistes agréés en médecine interne et exerçant depuis 6 ans principalement la pneumologie ou la cardiologie peuvent renoncer à leur agrément en médecine interne pour être agréés respectivement comme médecin spécialiste en pneumologie ou en cardiologie. Aucune limite de temps n'a été fixée pour l'introduction de ces dossiers.

Jusqu'à présent, les médecins spécialistes en médecine interne n'avaient pas vraiment de raisons pour opter pour l'agrément dans l'une ou l'autre sous-spécialité de la médecine interne et ainsi renoncer à leur agrément. Bien au contraire. Le maintien de l'agrément comme médecin spécialiste en médecine interne facilitait l'organisation de la permanence des services d'urgences. Pour un certain nombre de médecins spécialistes en médecine interne, le maintien du numéro INAMI 580 est également important dans le cadre de leur agrément comme maître de stage en médecine interne.

Depuis quelques années, le Conseil technique médical de l'INAMI œuvre au niveau de son groupe de travail médecine interne à une modification fondamentale des règles de la connexité dans le cadre de la nomenclature des soins de santé. Jusqu'à présent, les différentes spécialités de la médecine interne jouissaient d'un accès quasiment illimité à l'ensemble de la nomenclature de l'art. 20. Cela ne sera plus le cas dans le futur. En résumé, les prestations des différentes spécialités de la médecine interne seront scindées en a) prestations accessibles à tous les médecins spécialistes dans les disciplines internes et en b) prestations uniquement accessibles aux médecins spécialistes de la spécialité concernée. Par conséquent, les médecins spécialistes en médecine interne devront chacun étudier de près leur pratique médicale et déterminer s'ils souhaitent conserver leur agrément initial ou si certains devront décider dans un proche avenir d'être agréés dans l'une ou l'autre discipline de la médecine interne.

**RAPPEL - TITRE PROFESSIONNEL PARTICULIER  
EN MEDECINE D'ASSURANCE ET EXPERTISE MEDICALE**

Conformément aux dispositions transitoires, durant deux années à compter de la date d'entrée en vigueur de l'arrêté, les médecins qui, depuis cinq années au moins, sont notoirement compétents en médecine d'assurance et expertise médicale peuvent introduire leur demande d'agrément. En l'espèce, cette demande doit être introduite (par lettre recommandée) **au plus tard avant le 15 février 2009.**

**SYMPOSIUM GBS  
eHealth  
07.02.2009**

**Programme**

08.30-08.50	Accueil	
08.50-09.00	Introduction : eHealth ou comment noyer les dispensateurs de soins	<b>Dr J.L. Demeere,</b> Président GBS
09.00-09.30	Quand les ondes sonores se propagent à la vitesse de la lumière, docteur attention à vos données!	<b>Prof. Dr M. Deneyer,</b> Conseil National de l'Ordre des Médecins
09.30-10.00	Vers une méthode de déploiement de la e-santé	<b>M. L. Debenedetti,</b> Dir. relations internationales Groupement d'Intérêt Public "Dossier Médical Personnel" - France
10.00-10.30	eHealth : flux d'informations et protection de la vie privée dans les soins de santé	<b>Prof. Dr G. De Moor,</b> Universiteit Gent
10.30-10.45	Pause-café	
10.45-11.15	eHealth - pour le meilleur ou pour le pire?	<b>Prof. Y. Pouillet</b> FUNDP - Namur
11.15-11.45	Politique de santé actuelle	<b>Dr M. MOENS,</b> GBS et ABSyM
11.45-12.30	Discussion	

**Lieu**

Bibliothèque Royale de Belgique  
Boulevard de l'Empereur 2 – 1000 Bruxelles

**Renseignements et inscriptions**

Secrétariat GBS  
Delphine Van den Nieuwenhof  
Avenue de la Couronne 20 – 1050 Bruxelles  
Tél.: 02/649 21 47 Fax: 02/649 26 90

**Accréditation en Ethique & Economie : 3,5 CP**

✂

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

**N° INAMI:** ..... **Adresse:** .....

**Nom:** ..... **Code postal:** .....

**Prénom:** ..... **Localité:** .....

**Spécialité:** ..... **E-mail:** .....

Je participerai au symposium du 07.02.2009 et verse la somme de:

Après le 15.01.2009

Membres	<input type="radio"/> 35 €
Non-membres	<input type="radio"/> 60 €
Candidats-spécialistes	<input type="radio"/> 10 €
Sur place	<input type="radio"/> 80 €

**sur le compte 068-2095711-53 du GBS  
avec mention du nom du participant et "Symposium : eHealth"**

**Date / Signature:** .....

**CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE : MODIFICATION DE L'ARTICLE 173  
(20/12/2008)**

**Article 173**

§ 1<sup>er</sup>. Toute convention liant des médecins ou des sociétés de médecins à des non-médecins et qui est susceptible d'influencer les aspects déontologiques de l'exercice de sa profession par le médecin, doit faire l'objet d'un écrit qui ne peut être signé qu'après approbation du projet sur le plan déontologique, par le conseil provincial compétent. Il en est de même pour toute modification se rapportant à cette convention.

§ 2. La disposition précédente ne s'applique pas aux protocoles d'expérimentation médicale pour autant qu'ils soient soumis à l'approbation d'un comité d'éthique.

**PHARMA.BE LANCE SON NOUVEAU E-COMPENDIUM  
Communiqué de presse de pharma.be  
(15.12. 2008)**

**L'e-Compendium de pharma.be : les notices scientifiques mises à jour quotidiennement, complétées par des informations de prix et de remboursement**

**pharma.be lance son e-Compendium. A partir d'aujourd'hui, les médecins et les pharmaciens peuvent consulter les nouvelles notices et les mises à jour via le nouvel e-Compendium de pharma.be. Ces notices, ainsi que les informations de prix et de remboursement, sont actualisées en permanence en collaboration avec les entreprises pharmaceutiques. De plus, grâce à sa version PDA, les médecins et pharmaciens ont toujours l'information à portée de main.**

Avec ce nouveau concept, pharma.be répond à la demande des médecins et des pharmaciens d'avoir un accès permanent aux notices scientifiques les plus récentes des médicaments à usage humain et vétérinaire, ainsi qu'aux informations sur le prix et le remboursement. Ceci tant pour les médicaments déjà disponibles sur le marché que pour les nouveaux arrivés. Les résumés de ces notices, rédigés en collaboration avec un partenaire scientifique, y sont également disponibles.

L'e-Compendium peut être consulté via le site [www.ecompendium.be](http://www.ecompendium.be). Une application PDA est également téléchargeable à cette adresse.

L'e-compendium est accessible aux médecins, pharmaciens, vétérinaires, dentistes et aux étudiants dans ces disciplines.

*Pour plus d'information : Tim De Kegel, [tdk@pharma.be](mailto:tdk@pharma.be), 02 661 91 23*

**NOMENCLATURE : ARTICLES 3, § 1<sup>er</sup>, A, II et C, I & 24, § 1<sup>er</sup> (BIOLOGIE CLINIQUE)  
(en vigueur à partir du 01.02.2009)**

**12 NOVEMBRE 2008. - Arrêté royal modifiant les articles 3, § 1<sup>er</sup>, A, II, C, I, et 24, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 22.12.2008)**

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 3, § 1<sup>er</sup>, A, II, 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, [...], et C, I, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° au A, dans la rubrique II, 1/CHIMIE, 1/Sang, dans le libellé de la prestation 120175-120186, la disposition (Règle de cumul 1, 55) est remplacée par la disposition "(Règle de cumul 1)";

2° au C, dans la rubrique I, 1/CHIMIE, 1/Sang, dans le libellé de la prestation 125171-125182, la disposition (Règle de cumul 3, 55) est remplacée par la disposition "(Règle de cumul 3)".

**Art. 2.** A l'article 24, § 1<sup>er</sup>, de la même annexe, [...], dans la rubrique "Règles de cumul", la règle de cumul 55 est abrogée.

**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 11, § 1er (PRESTATIONS SPECIALES GENERALES)**  
(en vigueur à partir du 01.02.2009)

**28 NOVEMBRE 2008. - Arrêté royal modifiant l'article 11, § 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 22.12.2008)**

**Article 1er.** A l'article 11, § 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, [...], la prestation et la règle d'application suivantes sont insérées après la prestation 354056-354060 :

« 354292-354303

Remplissage d'une pompe programmable destinée à l'administration intrathécale de médicaments, y compris le coût du matériel, et/ou titrage de cette pompe avec mesurage d'évaluation objective, attestable maximum quatre fois par an . . . . K 40

La prestation 354292-354303 n'est pas cumulable avec la prestation 354056-354060. »

**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.

**NOMENCLATURE : ARTICLE 14, d) (CHIRURGIE ABDOMINALE)**  
(en vigueur à partir du 01.02.2009)

**12 NOVEMBRE 2008. - Arrêté royal modifiant l'article 14, d), 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 22.12.2008)**

**Article 1er.** A l'article 14, d), 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, [...], dans le libellé de la prestation 244731-244742, les numéros d'ordre "241776-241780", "241791-241802", "241813-241824", "241835-241846" et "241850-241861" sont insérés entre les numéros d'ordre "241710-241721" et "244716-244720".

**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.

**APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE**

**Article 5 (Parodontologie) :** A.R. du 09.12.2008 (M.B. du 24.12.2008 – p. 68178)

**Article 35 (Implants : neurochirurgie & oto-rhino-laryngologie) :** A.R. du 09.12.2008 (M.B. du 22.12.2008 – p. 67518)

**Articles 35 & 35bis (Implants : ophtalmologie) :** A.R. du 09.12.2008 (M.B. du 22.12.2008 – p. 67520)

*Les textes complets sont disponibles sur le website et peuvent également être obtenus sur simple demande au Secrétariat.*

**NOUVELLE REGLE INTERPRETATIVE**

**ARTICLE 34 (Prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale)**  
(M.B. du 13.01.2009)

**REGLE INTERPRETATIVE 1(en vigueur depuis le 13.01.2009)**

**QUESTION**

La prestation 589411 - 589422 peut-elle être attestée pour le traitement endoveineux de varices des membres inférieurs par laser ou radiofréquence ?

**REPONSE**

Non, la prestation 589411 - 589422 Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région des membres, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à

l'exclusion du cathéter d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste et du matériel d'embolisation I 600 ne peut en aucun cas être attestée pour le traitement endoveineux de varices des membres inférieurs par laser ou radiofréquence.

Il n'existe pas de prestation spécifique dans la nomenclature pour ce traitement.

Seules sont prévues les prestations suivantes, qui ne précisent pas le type de technique de fulguration appliquée :

238070 - 238081 Ligature, fulguration (vein eraser) ou résection d'une veine variqueuse N 50

238092 - 238103 Ligature, fulguration (vein eraser) ou résections étagées de 2 ou 3 veines variqueuses N 90

238114 - 238125 Ligature, fulguration (vein eraser) ou résections étagées de plus de 3 veines variqueuses N 125.

Le traitement endoveineux de varices des membres inférieurs par laser ou radiofréquence doit dès lors être attesté sous un de ces numéros.

#### APERCU DE REGLES INTERPRETATIVES DE LA NOMENCLATURE

**Article 7 (Kinésithérapie)** : Règle interprétative n° 7 (M.B. du 05.12.2008 – p. 64959)

**Article 35 (Implants)** : Règle interprétative n° 10 (M.B. du 18.12.2008 – p. 67088)

*Les textes complets peuvent être obtenus sur simple demande au Secrétariat.*

#### DES QUESTIONS AU SUJET DES VALVES CARDIAQUES IMPLANTABLES PAR VOIE PERCUTANEE

Communiqué de presse du KCE (18/12/2008)

**Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a étudié l'efficacité et la sécurité des placements non-invasifs de valves cardiaques. Ceux-ci ont été comparés au traitement classique de remplacement chirurgical des valves. Les évidences scientifiques sont encore insuffisantes pour apprécier l'avantage de cette méthode expérimentale. Il est possible que l'implantation de la valve aortique par voie percutanée soit actuellement plus risquée que la procédure chirurgicale traditionnelle de remplacement valvulaire.**

Les valves cardiaques à implantation percutanée sont des prothèses qui sont placées pour certaines pathologies cardiaques, sans qu'une intervention à cœur ouvert ne soit nécessaire. Elles sont pour la plupart introduites à travers les vaisseaux sanguins du creux inguinal. Le KCE a comparé les résultats publiés au sujet de cette technique avec ceux du traitement conventionnel, c'est à dire le traitement pharmacologique et le remplacement chirurgical des valves cardiaques.

##### **La valve aortique par voie percutanée: pour les patients âgés et à haut risque**

Elle est utilisée en cas de sténose de l'aorte, la cardiopathie valvulaire la plus fréquente de l'adulte. Cette affection résulte de l'accumulation progressive de calcifications au niveau de la valve aortique et apparaît plus fréquemment à un âge avancé. Le traitement chirurgical traditionnel montre d'excellents résultats dans le monde entier mais peut présenter des risques chez des personnes âgées, fragiles, souffrant souvent d'autres pathologies. On pourrait s'attendre à ce que la valve aortique percutanée (VAP) soit plus sûre puisque moins invasive. Mais des observations récentes faites aux Etats-Unis font suspecter l'inverse. Les risques liés à cette nouvelle technique ne seront connus avec certitude que lorsque seront révélés les résultats d'une étude randomisée américaine, actuellement en cours. Le KCE propose d'attendre ces résultats avant d'appliquer cette technique à de nouveaux patients, à moins qu'ils ne soient repris dans une telle étude randomisée. La loi belge ne permet pas d'interdire à un médecin de procéder à certaines interventions. Si donc ce traitement était quand même proposé à certains patients, ceux-ci devraient être dûment avertis que le traitement par voie percutanée présente peut-être plus de risques que l'opération classique.

##### **La valve pulmonaire par voie percutanée: pour les cardiopathies congénitales**

Le placement de ces valves concerne surtout des personnes souffrant de cardiopathie congénitale et chez qui une ou plusieurs interventions chirurgicales ont déjà été effectuées à un jeune âge. Pour limiter au minimum le nombre d'interventions répétées, la valve pulmonaire à placement percutané (VPP) a été développée. Contrairement à la VAP, cette intervention peut être effectuée en toute sécurité. Cependant il existe encore peu d'évidence scientifique sur la durée de vie de la VPP. Les experts estiment qu'en Belgique

un maximum de 50 patients par an sont susceptibles de bénéficier d'une PPV. Pour cette raison, le KCE propose un remboursement conditionnel de ce dispositif, à limiter à un seul centre belge. Ce centre devrait tenir un registre où chaque cas serait documenté de manière précise. Une évaluation annuelle et indépendante de chaque patient traité devrait être mise en place.

Si entre-temps il ressort des résultats des études en cours que les VPP tiennent leurs promesses, le remboursement conditionnel pourrait être commué en remboursement normal.

**Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 95B.**

---

## **LIMITER LA PROGRESSION DES PRIMES DES CONTRATS PRIVÉS D'ASSURANCE MALADIE : OUI MAIS COMMENT ?**

Communiqué de presse du KCE (22/12/2008)

**Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a étudié différentes méthodes de construction d'un index médical dont l'objectif serait de limiter la croissance des primes des contrats privés d'assurance maladie, comme prévu dans une loi récente. Il recommande que l'index médical soit basé sur d'autres types de données que l'indice classique des prix à la consommation. Ces données sont disponibles dans les compagnies d'assurance mais doivent être sérieusement vérifiées avant utilisation. L'étude a été menée en collaboration avec Reacfin, société spécialisée en sciences actuarielles.**

Selon les estimations, plus de 5 millions de belges sont couverts par des contrats privés d'assurance maladie. Les primes demandées pour ces assurances ont très fort augmenté ces dernières années. Pour limiter ces augmentations, le KCE a reçu en juillet 2007, de manière inattendue, la mission de fixer le taux de croissance maximum des primes et de veiller au respect de ces taux en collaboration avec la CBFA (Commission Bancaire, Financière et des Assurances). Après avoir expliqué que son rôle était d'éclairer les décisions et non pas de les mettre en oeuvre, le KCE a vu sa mission limitée à la mise au point d'une méthodologie de construction d'un index spécifique à ces contrats, surnommé "index médical".

Dans aucun autre pays européen, ce genre de limitation légale n'existe. Il fallait donc innover pour mettre au point une méthode belge.

### **Un indice à la mode de l'indice des prix à la consommation**

L'idée qui vient immédiatement à l'esprit est de construire un indice des prix semblable à celui des prix à la consommation, avec relevé régulier du prix des biens et services couverts par les assurances maladie privées. Mais cette méthode ne convient pas parce que le coût à supporter par les assureurs est influencé non seulement par les prix mais aussi par l'évolution des quantités consommées.

### **L'approche actuarielle**

Cette approche n'est pas basée sur l'évolution des prix de certains biens ou services mais bien sur l'évolution du coût total par sinistre. L'étude KCE analyse d'abord l'évolution de ce coût total par catégorie d'âges et par type de contrats sur une période de trois ans à partir de données fournies par les assureurs. Mais ces données ne semblent pas fiables et devraient être soigneusement contrôlées avant de servir de base au calcul d'un index.

L'étude détermine ensuite les formules mathématiques à utiliser pour calculer l'index sur base des hausses de coût observées. Deux méthodes de calcul sont proposées. La première laisse plus de souplesse aux assureurs mais est moins transparente pour les assurés. La seconde apparaîtra plus claire pour les assurés mais implique que les assureurs se mettent d'accord sur des bases techniques communes, c'est à dire les différents paramètres qui interviennent dans le calcul des primes.

Le KCE ne recommande pas une méthode plutôt que l'autre. Chacune présente des avantages et des inconvénients. Il s'agit d'un choix politique. Le KCE recommande par contre vivement de s'assurer de la fiabilité des données avant de mettre le nouveau système en oeuvre.

Pour le bien du consommateur, on peut espérer que les taux de croissance maximum qui seront imposés par la loi ne soient jamais atteints et que la concurrence entre les compagnies d'assurance maintienne la hausse des primes en dessous du maximum légal autorisé.

**Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 96B.**

---

## **CENTRES POUR ENFANTS PRESENTANT DES TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE, DU LANGAGE ET DU COMPORTEMENT : DES ETUDES SCIENTIFIQUES COMPLEMENTAIRES SONT NECESSAIRES**

Communiqué de presse du KCE (07/01/2009)

**Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a effectué une étude sur le fonctionnement des centres de réadaptation ORL/PSY. Cette étude a été réalisée en collaboration avec les universités de Gand et d'Anvers et la Fédération des centres de réadaptation ambulatoire qui ont apporté l'essentiel des données. Les centres ORL/PSY ont pour tâche d'établir, en ambulatoire, le diagnostic et le traitement d'enfants souffrant (entre autres) d'un handicap mental, de troubles de l'acquisition de la parole et du langage, d'hyperactivité avec déficit de l'attention (AD(H)D), de troubles du spectre autistique ou de troubles de l'apprentissage (par exemple la dyslexie). On ne dispose actuellement pas de preuves scientifiques suffisamment étayées pour évaluer l'efficacité des traitements disponibles, ni la manière dont ceux-ci doivent idéalement être dispensés (multidisciplinaire comme dans les centres ou monodisciplinaire comme chez certains thérapeutes) En outre on ne dispose à ce jour que de trop peu de données concernant les résultats obtenus grâce à ces réadaptations.**

La Belgique dispose de 45 centres de réadaptation ORL ("oto-rhino-laryngologiques") et de 49 centres de réadaptation PSY. Chaque année, quelque 10.000 personnes (essentiellement des enfants) bénéficient d'un traitement multidisciplinaire dans ces centres. Près de 90% des enfants traités présentent au moins un trouble connexe en plus de leur diagnostic principal (par exemple, ADHD associé à la dyslexie). Le plus souvent, ces enfants sont référés dans les centres par l'école, le médecin de famille ou le médecin spécialiste. Certains enfants sont orientés vers les centres à l'initiative de leurs parents.

En 2007, l'INAMI a payé 80 millions d'euros pour cette réadaptation ambulatoire, soit 20% du budget affecté au secteur de la réadaptation. Les centres ORL/PSY constituent ainsi l'un des sous-groupes les plus importants au sein du secteur de la réadaptation. Les remboursements obtenus de l'assurance maladie couvrent plus de 90% des coûts réels. En plus de l'offre des centres ORL/PSY, d'autres professionnels dispensent des soins aux mêmes groupes cibles dans un contexte monodisciplinaire, tels les rattrapages scolaires ou les activités de logopédie.

Selon le KCE, il n'existe actuellement pas dans la littérature scientifique d'étude solide portant sur les différences entre le traitement monodisciplinaire et multidisciplinaire, tel que fourni par les centres ORL/PSY. Il n'existe, en outre, aucune étude sur l'intensité ou la durée souhaitable de la réadaptation psychosociale. Chez les enfants atteints d'ADHD, des preuves étayées soutiennent le recours à l'entraînement de type comportemental pour les parents et éventuellement le corps enseignant. Par contre, aucune preuve ne soutient le recours aux interventions en tête-à-tête avec l'enfant dans le but d'améliorer les symptômes de l'ADHD. Chez les enfants souffrant d'un trouble du spectre autistique, une approche impliquant l'enfant et ses parents est conseillée. Le KCE recommande de faire dépendre le financement des centres ORL/PSY de leur participation à des études scientifiques, particulièrement pour les groupes cibles présentant des troubles de l'acquisition de la parole, du langage et de l'apprentissage.

La répartition des centres ORL/PSY est inégale entre les provinces belges: la Flandre Occidentale et la Flandre Orientale en comptent le plus avec 12 et 24 centres respectivement. Le Brabant wallon et la province du Luxembourg n'en comptent aucun. L'offre de soins actuelle pour les enfants résidant dans ces régions non desservies n'est pas connue. Le KCE recommande que des recherches soient entreprises en vue de déterminer la nécessité d'une offre de soins supplémentaire.

Le diagnostic d'ADHD ou de trouble de l'apprentissage est plus souvent posé en Flandre qu'en Wallonie. A l'inverse, le diagnostic de retard mental est plus fréquent dans les centres francophones. Les causes de ces différences n'ont pas été formellement explorées. Toutefois une explication plausible pourrait provenir d'une différence entre les régions en termes d'offre de services alternatifs aux centres ORL/PSY. Une deuxième hypothèse serait que cette situation serait due aux différences régionales de contenu des formations médicales.

Il n'existe pas de données relatives aux résultats obtenus grâce aux réadaptations pratiquées dans les centres ORL/PSY. Le KCE recommande dès lors d'utiliser des critères et des tests identiques dans tous les centres pour évaluer la qualité des diagnostics et les résultats de la réhabilitation. En outre le KCE recommande de faire dépendre le financement des centres de l'enregistrement standardisé d'un certain nombre de données, parmi lesquelles les interventions réalisées simultanément en dehors des centres (par exemple à l'école). L'offre de soins aux enfants concernés pourrait ainsi être mieux organisée et étudiée.

**Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 97B.**

## **FAUT-IL VACCINER CONTRE L'HEPATITE A ?**

Communiqué de presse du KCE (09/01/2009)

**A la demande du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), le Centre pour l'évaluation des vaccinations (CEV) de l'Université d'Anvers a étudié l'intérêt et le rapport coût efficacité d'une vaccination universelle et ciblée vis-à-vis de l'hépatite A. Les résultats de l'étude conduisent le KCE à recommander le financement de cette vaccination pour tous les enfants de 1 à 12 ans qui se rendent dans des régions où la maladie survient encore fréquemment. Une vaccination universelle des nourrissons et des adultes n'est pas efficace et donc pas recommandée par le KCE.**

L'hépatite A est une maladie du foie causée par le virus de l'hépatite A. L'affection se marque par une jaunisse, des nausées et de la fatigue durant plusieurs semaines. Les enfants jeunes n'éprouvent que peu voire pas d'inconfort et l'infection est même souvent asymptomatique. Bien que des complications puissent survenir chez l'adulte, l'infection est très rarement mortelle ou peut rarement exiger une greffe de foie. La contamination a lieu le plus souvent par voie féco-orale, c'est-à-dire à partir d'aliments souillés, de toilettes malpropres ou d'une main ayant été en contact avec des selles. Des vaccins contre l'hépatite A sont disponibles en Belgique depuis 1992 et recommandés pour les voyageurs qui se rendent dans des régions où l'infection est encore largement répandue parmi la population (régions endémiques) et pour certains groupes à risques comme les pensionnaires et le personnel d'institutions pour handicapés mentaux.

L'amélioration des conditions d'hygiène a pratiquement fait disparaître l'hépatite A en Belgique. Ceci signifie qu'une grande partie de la population adulte n'a jamais rencontré cette maladie. La contamination peut s'opérer à partir d'aliments souillés à la suite de fautes d'hygiène au moment de leur préparation ou du passage entre les mains d'une personne atteinte d'hépatite A mais est surtout causée par les infections (souvent asymptomatiques) d'enfants. Ceci explique la découverte ces dernières années de petites épidémies d'hépatites A dans des crèches et des écoles. Les données épidémiologiques suggèrent que le virus est souvent amené par des enfants infectés lors d'un séjour dans une région où la présence du virus est endémique et qui le ramènent ensuite en Belgique. La plupart de ces enfants pourraient être des enfants issus de l'immigration qui retournent régulièrement dans la famille d'origine de leurs parents ou grands-parents et se retrouvent souvent exposés au virus, par la consommation d'eau souillée ou la fréquentation d'autres enfants sur place. Si l'on veut encore réduire les 800 cas symptomatiques annuels diagnostiqués en Belgique, c'est sur cette entrée qu'il faut s'efforcer d'agir.

En collaboration avec le Groupe de Surveillance en Santé publique de la Communauté flamande, les chercheurs ont collecté et analysé des données représentatives de la charge que représente la maladie (nombre de cas, hospitalisations, ...) et du coût de son traitement. Une vaccination universelle des nourrissons d'un an et des adultes belges n'est pas efficace. Ceci signifie que le bénéfice en terme de santé qui peut être espéré d'une vaccination est trop faible par rapport aux coûts engendrés. La vaccination d'adultes ne devient efficace que lorsque ces personnes courent un risque de contamination qui est 4 fois plus élevé que celui encouru par la population normale. Ce risque peut difficilement être évalué chez la plupart des adultes.

La vaccination d'enfants de 1 à 12 ans issus de l'immigration et qui se rendent dans une région où l'hépatite A est hautement endémique présente selon le CEV un rapport coût-efficacité correct. Les résultats de cette étude conduisent le KCE à recommander le financement de cette vaccination pour tous les enfants de 1 à 12 ans qui se rendent dans des régions où la maladie survient encore fréquemment. Ceci n'implique en aucun cas un relâchement de l'hygiène dans les crèches, écoles de même que chez les personnes impliquées dans la filière alimentaire si l'on veut limiter l'extension de l'hépatite A et d'autres infections transmises par voie féco-orale.

**Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 98B.**

## HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE : ENCORE BEAUCOUP DE QUESTIONS

Communiqué de presse du KCE (12/01/2009)

*N.d.l.r. : Un commentaire à cette étude sera rédigé par l'Union Professionnelle Belge des Médecins Spécialistes en Gériatrie et publié dans un prochain numéro de notre bulletin.*

**En 2010 prendra fin le projet pilote des hôpitaux de jour gériatriques (HJG), financé par le budget de l'Etat. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) s'est penché, en collaboration avec des équipes de Liège et de Gand (université et hôpital universitaire), sur la plus-value des HJG pour les patients et sur leur mode de financement actuel. Il n'y a pas de données probantes démontrant qu'une prise en charge en HJG apporte un gain au patient par rapport à une hospitalisation classique. Le financement des HJG ne devrait plus être forfaitaire, comme c'est le cas actuellement mais devrait tenir compte de leur volume d'activité et du profil de leur patientèle.**

Il est important pour un patient gériatrique de veiller à ce qu'il conserve le plus longtemps possible son autonomie fonctionnelle et qu'il puisse continuer à vivre indépendant. Afin de répondre à ces besoins spécifiques, le gouvernement a mis sur pied un programme de soins spécifique. Un des éléments de ce programme est l'hôpital de jour gériatrique (HJG). En 2006 le gouvernement avait décidé de financer 45 HJG dans le cadre d'un projet pilote. Depuis, ce nombre a été porté à 89. Le projet pilote court jusque fin 2010. Il a été demandé au KCE de proposer un mode de financements adapté, si nécessaire.

Un HJG est destiné aux patients âgés en moyenne de plus de 75 ans. Une équipe multidisciplinaire composée notamment d'un gériatre et d'un kinésithérapeute, d'une logopède et d'une infirmière, se charge de poser en un seul jour un diagnostic (par exemple sur la problématique des chutes, d'ostéoporose) et de pratiquer certains traitements (par exemple soins de plaie, transfusion). Après quoi l'HJG organise une revalidation ambulatoire qui durera maximum 3 mois, éventuellement après une opération.

Le KCE constate qu'il n'existe pas de données probantes qui démontrent la plus-value de l'HJG par rapport à l'hospitalisation classique. Une évaluation gériatrique globale grâce à laquelle des syndromes tels que la perte de mobilité, les chutes, les problèmes de mémoire, la dépression, l'incontinence, etc. peuvent être évalués, apparaît bien sûr comme une condition nécessaire à une bonne organisation des soins du patient gériatrique. On ne sait cependant pas encore quel est le meilleur endroit pour réaliser cette évaluation (à l'hôpital, à l'HJG, par le médecin généraliste,...).

Chaque HJG reçoit actuellement un financement public d'environ 260 000 euros dans le cadre du projet pilote, en plus du financement de l'évaluation gériatrique multidisciplinaire. Le taux d'activité de l'HJG ne joue actuellement aucun rôle dans ce financement alors que certains HJG sont sous-utilisés. Le KCE recommande de prévoir un financement spécifique à chaque HJG, basé sur le volume d'activité et le profil des patients. Cela implique que le financement des HJG qui ont un taux d'occupation beaucoup plus bas que ceux qui ont commencé en même temps qu'eux, soit diminué.

Enfin, le KCE recommande d'améliorer la collecte de données afin de pouvoir évaluer le système de financement. En raison des preuves limitées qui existent actuellement, des recherches complémentaires sont nécessaires au sujet des besoins et à de la satisfaction des patients à l'HJG, des moyens nécessaires, du coût pour le patient, du rôle du médecin généraliste, etc.

**Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 99B.**

## **COMBIEN VAUT UNE ANNEE DE VIE PASSEE EN BONNE SANTE?**

Communiqué de presse du KCE (14/01/2009)

**A l'occasion de la publication de son centième rapport, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) propose un cours accéléré d'économie de la santé. Ce petit manuel renseigne les décideurs de la politique des soins de santé au sujet de la pertinence et des écueils des évaluations économiques dans les processus de prise de décision. Le KCE espère que ce rapport méthodologique contribuera à améliorer la compréhension de concepts économiques complexes pour un public non formé à l'économie de la santé.**

Le budget des soins de santé étant par essence limité, les autorités doivent prendre des décisions quant à la répartition des moyens financiers entre les nombreuses interventions médicales possibles. Les évaluations économiques peuvent apporter une aide dans ce choix difficile et délicat. Ces évaluations expriment les résultats obtenus grâce à une intervention en termes « d'années de vie gagnées » ou « d'années de vies gagnées en bonne santé » par le patient. Dans les cas où une nouvelle intervention est à la fois moins coûteuse et plus efficace pour le patient, en comparaison avec la pratique courante en vigueur, la décision du remboursement de cette intervention semble évidente. Cependant la plupart du temps, une nouvelle intervention débouche sur des résultats plus favorables pour la santé mais à un coût supérieur à celui du traitement classique. Dans ce cas, se pose une question cruciale : combien sommes nous prêts à payer pour une année de vie gagnée (en bonne santé) ?

En Belgique la manière dont les décideurs traitent les informations fournies par ces évaluations économiques reste floue. De plus, on n'a jamais fixé le montant (« valeur seuil ») au-delà duquel une intervention serait considérée comme trop coûteuse par rapport aux bénéfiques en soins de santé qu'elle génère. Le Royaume-Uni utilise de telles valeurs seuils, exprimées en coût par année de vie gagnée ajustée pour la qualité. Lorsque le coût d'une intervention, par année de vie gagnée en bonne santé, est inférieur à £20 000, le remboursement de cette intervention n'est généralement pas mis en question. Entre £20 000 et £30 000, d'autres éléments d'appréciation doivent entrer en ligne de compte pour obtenir le remboursement. Au delà de £30 000, il faut apporter des arguments très sérieux.

La Belgique devrait-elle évoluer vers un système similaire ? Le KCE a examiné dans quelle mesure des valeurs seuils pourraient être utilisées en Belgique. La conclusion de l'étude du KCE est qu'une valeur seuil unique n'est pas défendable. En effet, l'utilisation d'une valeur seuil unique repose sur le postulat que le seul but des décideurs serait la maximisation de la santé. Or il ressort des interviews menées auprès des décideurs que ce n'est pas le cas. Les problèmes d'équité, la lourdeur de la pathologie ou encore l'existence ou non de traitements alternatifs sont des préoccupations tout aussi déterminantes dans les décisions de remboursement.

Néanmoins, le KCE insiste sur l'importance et sur la nécessité, d'un point de vue éthique, de prendre en compte les arguments économiques. En effet, l'attribution de moyens financiers à un programme de santé réduit d'autant l'enveloppe disponible pour les autres. En outre le KCE recommande plus de transparence dans les évaluations économiques ainsi que dans les critères de décisions utilisés par les décideurs. En tout état de cause l'efficacité économique devrait systématiquement faire partie de ces critères

## 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.
- 09004 **MOUSCRON** : Le Centre Hospitalier de Mouscron recherche un **MEDECIN ANESTHESISTE** pour compléter une équipe de 6. Le poste est libre immédiatement. Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter Monsieur G. LEFEBVRE, Directeur général au 056/85.81.10 ou au 056/85.81.25 (secrétariat) – g.lefevre@chmoucron.be ou le Docteur P. BUISSERET, médecin chef de service d'anesthésiologie au 056/85.81.16 – p.buisseret@chmoucron.be
- 09005 **A VENDRE** : Suite à une reconversion professionnelle, à vendre, en excellent état 2 sténorettes Philips, Pocket Memo, une 725 Dictation system avec sa cordelière électrique, une boîte de mini-cassettes, prix à convenir; les traités EMC de techniques chirurgicales urologique et gynécologique, en excellent état et tout à fait à jour, prix à convenir; deux endoscopes Storz (charrière 17 et 19) munis de leur obturateur, avec trois ponts, une optique 30°, une pince à biopsie rigide, un conteneur, un câble de lumière froide, une source de lumière froide, en bon état, prix à convenir; une table orthopédique d'extension en excellent état, prix à convenir. Dr Y. Van Crombrugge 0477/60.14.63.
- 09006 **GREZ-DOICEAU** : Institution agréée par l'A.W.I.P.H. (agence wallonne intégration de la personne handicapée) qui accueille des jeunes "caractériels" et des adultes handicapés, située à Grez-Doiceau (8 km de Wavre - Brabant Wallon), recherche un(e) **PSYCHIATRE**, 4 h semaine (de préférence le jeudi matin). Contacter Mme Neuman, directrice, par mail : les.anemones@skynet.be – par tél. : 010/84.56.15 – par fax : 010/84.25.01.

## Table des matières

• <b>Accord national médico-mutualiste 2009-2010 publié au Moniteur belge du 19.01.2009</b> .....	1
• <b>Communication importante aux médecins spécialistes en médecine interne avec un numéro INAMI 580</b> .....	3
• <b>Rappel - titre professionnel particulier en médecine d'assurance et expertise médicale</b> .....	3
• <b>Symposium GBS eHealth (07.02.2009)</b> .....	4
• <b>Code de déontologie médicale : modification de l'article 173 (20/12/2008)</b> .....	5
• <b>pharma.be lance son nouveau e-Compendium</b> (Communiqué de presse de pharma.be – 15.12. 2008) .....	5
• <b>Nomenclature : articles 3, § 1er, A, II et C, I &amp; 24, § 1er (Biologie clinique)</b> .....	5
• <b>Nomenclature : article 11, § 1er (Prestations spéciales générales)</b> .....	6
• <b>Nomenclature : article 14, d) (Chirurgie abdominale)</b> .....	6
• <b>Aperçu de diverses modifications de la nomenclature</b> .....	6
• <b>Nouvelle règle interprétative article 34 (Prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale) (M.B. du 13.01.2009)</b> .....	6
• <b>Aperçu de règles interprétatives de la nomenclature</b> .....	7
• <b>Des questions au sujet des valves cardiaques implantables par voie percutanée</b> (Communiqué de presse du KCE – 18/12/2008) .....	7
• <b>Limiter la progression des primes des contrats privés d'assurance maladie : oui mais comment ?</b> (Communiqué de presse du KCE – 22/12/2008) .....	8
• <b>Centres pour enfants présentant des troubles de l'apprentissage, du langage et du comportement : des études scientifiques complémentaires sont nécessaires</b> (Communiqué de presse du KCE – 07/01/2009) .....	9
• <b>Faut-il vacciner contre l'hépatite A ?</b> (Communiqué de presse du KCE – 09/01/2009) .....	9
• <b>Hôpital de jour gériatrique : encore beaucoup de questions</b> (Communiqué de presse du KCE – 12/01/2009) .....	10
• <b>Combien vaut une année de vie passée en bonne santé?</b> (Communiqué de presse du KCE – 14/01/2009) .....	11
• <b>Annonces</b> .....	12