

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE L'ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 12 juin 1997

---

Administration des soins de santé

Direction de la Politique des Soins  
de Santé

CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS  
HOSPITALIERS

Section "Programmation et Agrément"

---

N/réf.: CNEH/D/116-4

**AVIS CONCERNANT LE PROGRAMME "NEUROCHIRURGIE" DANS LE  
CADRE DU NOUVEAU CONCEPT HOSPITALIER (\*)**

**(\*) Cet avis a été ratifié par le Bureau le 12 juin 1997**

## **Service de neurochirurgie spéciale**

### **1. Définition**

Un service de neurochirurgie spéciale est une entité intégrée de diagnostic et de traitement d'affections du cerveau, du crâne, de la base cervicale, des nerfs cervicaux, de la moelle épinière, des membranes environnantes et des grands plexus nerveux. Il s'adresse aux patients pour lesquels le diagnostic, le traitement et/ou la réadaptation présentent un degré de difficulté particulier et requièrent une infrastructure spécifique ou des soins spéciaux.

Le service vise à la concentration des 6 groupes de pathologies suivants:

- 1) tumeurs intracérébrales et intramédullaires
- 2) traumatismes cranio-cérébraux graves et compliquants
- 3) traumatismes et pathologie graves et compliquants de la moelle épinière
- 4) anomalies congénitales au niveau du système nerveux central
- 5) anomalies vasculaires au niveau du système nerveux central
- 6) pathologies fonctionnelles (mouvements anormaux, douleur, épilepsie...)

Afin de pouvoir faire face de façon optimale aux affections précitées à indication neurochirurgicale, le service doit disposer in situ des différents moyens thérapeutiques. Compte tenu du nombre limité d'indications, la radiochirurgie peut faire l'objet d'une collaboration entre 2 ou plusieurs services agréés de neurochirurgie spéciale.

Cette collaboration doit être réglée par une convention écrite.

Le service doit pouvoir offrir les moyens d'intervention thérapeutiques appropriés, notamment à l'heure actuelle et de manière non exhaustive: neurochirurgie, interventions stéréotaxiques, radiochirurgie du système nerveux central, neuronavigation, neuroradiologie interventionnelle.

Le service doit offrir un programme de réadaptation appropriée en fonction des besoins du groupe de patients traités, de préférence dans le centre même, sinon dans un centre de réadaptation spécialisée lié par une convention fonctionnelle.

### **2. Normes organisationnelles.**

#### **2.1. Encadrement diagnostique**

Le service doit disposer sur place des moyens diagnostics appropriés, notamment à l'heure actuelle et de manière non exhaustive: neuroradiologie, neurophysiologie classique, scanographie, remnographie.

## 2.2. Effectifs de personnel

### 2.2.1. Neurochirurgiens

Le service est placé sous la direction d'un neurochirurgien agréé, chef de service, l'hôpital à temps plein, assisté par 2 neurochirurgiens agréés attachés à l'hôpital à temps plein, et ce afin de pouvoir garantir une permanence 24 heures/24 et de d'appliquer de manière autonome, à l'intérieur de l'hôpital, toutes les méthodes de traitement citées.

### 2.2.2. Autres disciplines médicales requises.

Le service de neurochirurgie spéciale doit pouvoir faire appel en permanence aux spécialités médicales suivantes, travaillant en étroite collaboration: neurologie, neuropédiatrie, neuropathologie, psychiatrie, pédiatrie, ophtalmologie, ORL, orthopédie, oncologie, chirurgie plastique, chirurgie neuro-radiothérapie, soins intensifs et service des urgences (100 et SMUR)

2.2.3. Encadrement infirmier. cf. l'avis de la section concernant l'effectif du personnel infirmier et soignants des services médicaux lourds)

## 3. Activité minimum

Au minimum 500 nouveaux patients par an, dont 150 cas donnent lieu à une intervention chirurgicale dont le "K" est égal ou supérieur à 700, relative à une tumeur intracrânienne, à un traitement radiothérapeutique, à un traitement neuro-radiologique interventionnel percutané

## 4. Evaluation de la qualité.

Le service tient un registre de l'ensemble des activités et des complications selon un modèle uniforme élaboré à l'échelon fédéral.

Le service est tenu de participer et de collaborer activement aux activités de qualité et de participer à un processus de peer review "neurochirurgie" à créer.

**P.S.** Cette proposition est formulée dans l'intention d'encourager au sein des services agréés de neurochirurgie spéciale, des prestations définies dans les caractéristiques d'activité, relatives aux groupes mentionnés au point 1.

**TRADUCTION**

Anvers, le 20 mai 1997

Dr C. BOONEN  
Président de la section  
Programmation et agrément  
du Conseil national des  
établissements hospitaliers  
Ministère des Affaires sociales,  
de la Santé publique et de l'Environnement  
C.A.E. – Quartier Vésale  
1010 Bruxelles

Cher Collègue,

Comme beaucoup d'autres membres, je n'ai malheureusement pas pu assister à la dernière réunion plénière du 15 mai.

C'est avec quelque stupéfaction que j'ai lu, dans la documentation, le « projet d'avis modifié concernant le service médico-technique de neurochirurgie ». J'ai l'intention de m'opposer fermement à cette proposition d'inspiration corporatiste. J'aimerais également connaître le nom de l'auteur du texte. Pour autant que je sache, aucun groupe de travail, dont la mission serait d'étudier en détail cette matière, n'a été créé pour la neurochirurgie.

Il est évident que ce texte vise (une fois de plus) uniquement à concentrer, dans quelques centres sélectionnés, autant de pathologies que possible et le financement y afférent.

La neurochirurgie est un service clinique et non un service médico-technique.

Un degré de difficulté particulier, une infrastructure spécifique ou des soins spéciaux : cela n'est toutefois spécifié nulle part. De ce fait, c'est la porte ouverte à tous les abus.

Traumatismes graves et compliquants de la moelle épinière. Cette pathologie est tout aussi souvent (et peut-être plus souvent) traitée par des orthopédistes que par des neurochirurgiens. Ce type de lésion est généralement lié à la présence de fractures vertébrales qu'il faut stabiliser. Cela signifie que les services d'orthopédie qui se sont spécialisés dans cette pathologie ne pourront plus développer cette activité.

Pathologie fonctionnelle : cela signifie que même l'injection de toxine botulinique la plus simple pour traiter la dystonie, ou le traitement de la douleur légèrement plus invasif ne pourront plus être réalisés dans les centres périphériques.

In situ : tout doit être proposé sur un seul site. Cependant, il y a des hôpitaux universitaires qui ne disposent pas d'un service de radiothérapie et quelques autres qui ne disposent pas de service de radiochirurgie. Pour la facilité, la radiothérapie et la radiochirurgie peuvent donc être proposées dans le cadre d'un accord de collaboration.

Neuroradiologie interventionnelle : ces techniques sont uniquement utilisées auprès de patients dont l'état a été stabilisé. Le traitement de base peut donc parfaitement être effectué dans un hôpital, alors que pour la neuroradiologie interventionnelle, il y a un accord de collaboration avec un autre hôpital.

Réadaptation : s'il existe des centres de réadaptation spécialisés, pourquoi est-il préférable que cette revalidation ait lieu dans le centre lui-même ?

Traumatismes cranio-cérébraux : ceci signifie purement et simplement qu'aucune traumatologie ne pourra plus s'effectuer dans les hôpitaux autres qu'universitaires. De même, une admission urgente devient impossible. Dès lors, les raisons pour lesquelles on a demandé à de nombreux membres de se consacrer à un groupe de travail urgences ne sont pas claires.

RMN : étant donné la programmation stricte et totalement dépassée de cette infrastructure, les hôpitaux qui ne disposent pas d'une telle infrastructure se retrouvent, par définition, dans l'impossibilité de pratiquer encore la

neurochirurgie, et ce, alors que, pour plusieurs groupes de pathologies (traumatismes crânio-cérébraux, pathologie fonctionnelle), il n'est quasiment jamais nécessaire de disposer de la RMN.

Neurochirurgien : si le seul objectif est de garantir une disponibilité 24h/24 (ce qui est souhaitable), pourquoi faut-il trois chirurgiens au lieu de deux ? Pour les autres services, qui connaissent une fréquence beaucoup plus élevée de pathologies urgentes et une charge de travail de facto plus importante (chirurgie abdominale, orthopédie, chirurgie vasculaire), cette condition n'est pas fixée. Pourquoi pour la neurochirurgie faut-il pouvoir réaliser toutes les méthodes de traitement mentionnées de façon indépendante au sein de l'hôpital, alors que le nouveau concept hospitalier prévoit de pouvoir le faire dans le cadre d'une association pour toutes les autres pathologies ?

Activité minimum : j'aimerais connaître les critères scientifiques sur lesquels ces activités minimums se basent. 150 interventions avec un K de 700 ou plus, cela signifie, pour trois neurochirurgiens, en moyenne, une intervention par semaine. Cela signifie, de facto, que seuls les hôpitaux où les médecins sont salariés pourront encore proposer de la neurochirurgie.

Selon moi, si l'on continue à travailler de cette façon le Conseil national et le « nouveau concept hospitalier » perdront toute crédibilité. Ce n'est pas un hasard si ce type de critères est uniquement conçu pour les services lucratifs tels que la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque et la dialyse. Je ne vois aucune raison pouvant expliquer que, pour ces services, il faudrait davantage se soucier de la qualité que pour les autres.

Je vous saurais gré de bien vouloir remettre ce point à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

Je vous prie d'agréer, cher Collègue, l'expression de ma considération très distinguée.

Dr Robert Rutsaert