

**ACCORD NATIONAL DU 15 DECEMBRE 2003 MEDICO-MUTUALISTE POUR 2004-2005**

(Moniteur belge 21-01-2004 - éd. 1)

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM), sous la Présidence de M. Gabriel Perl, a conclu en sa séance du 15 décembre 2003, l'accord suivant:

1. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2004.

La CNMM prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel 2004, fixé par le Comité de l'assurance à 5.012.268 milliers EUR.

2. HONORAIRES 2004 : INDEXATION ET REVALORISATION.

Les tableaux ci-dessous ne reprennent pas ce qui concerne la dialyse qui fait l'objet d'une indexation de 1,38 p.c. au 1er janvier 2004 dans le cadre de son propre objectif budgétaire partiel.

PROJETS	IMPACT BUDGETAIRE 2004 en milliers €	IMPACT BUDGETAIRE SUR BASE ANNUELLE en milliers €
1. Indexation		
1.1. Projet H0405/01		
A compter du 1er janvier 2004, les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2003, sont indexés de façon linéaire de 1,38 p.c., hormis les visites des médecins généralistes (cfr projet suivant).	63.217	63.217
1.2. Projet H 0405/02		
A compter du 1er avril 2004, les honoraires des visites des médecins généralistes tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2003, sont indexés de façon linéaire de 1,38 %	3.828	5.104
TOTAL INDEXATION	67.045	68.321
2.1. Médecins généralistes :		
Projet H0405/03	7.645	30.576
A compter du 1er octobre 2004, les honoraires des visites sont augmentés de 2, 67 € et sont donc portés à code 103110 : 22,99 € code 104672 : 22,99 € code 103132 : 28 € code 104370 : 28 €		

code 104112 : 22,22 €		
code 103913 : 28 €		
code 103316 : 22,22 €		
code 103515 : 28 €		
Projet H0405/04	656	2.624
A compter du 1er octobre 2004, l'honoraire pour le DMG (code 102771) est porté à 19 €		
TOTAL GENERALISTES	8.301	33.200
2.2. Médecins spécialistes:		
Projet H0405/05	1.282	1.710
A compter du 1er avril 2004, les honoraires de consultation au cabinet du médecin dermatologue (102734 et 103756) sont augmentés de 1,30 € (rattrapage)		
Projet H0405/06	1.141	4.564
A compter du 1er octobre 2004, les honoraires de surveillance (art. 25) sont revalorisés		
Projet H0405/07	1.223	4.892
La masse budgétaire ci-contre, est disponible pour une augmentation d'honoraires de certains médecins spécialistes, rhumatologues ainsi que les endocrinologues, gériatres, internistes-oncologues, à partir du 1er octobre 2004.		
TOTAL SPECIALISTES	3.646	11.166
TOTAL HONORAIRES 2004	78.992	112.687

3. NOMENCLATURE 2004 (annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984).

3.803 milliers EUR seront consacrés en 2004 à la réalisation des projets de modification de la nomenclature des prestations de santé suivants qui pourront entrer en vigueur au plus tôt le 1er juillet 2004, à savoir:

OBJET (et articles de la nomenclature visés)	INCIDENCE FINANCIERE ANNUELLE (en milliers €)
PROJET N03/21 Physiothérapie (concordance avec les nouvelles conventions et la kinésithérapie)	0
PROJET N03/22 Stomatologie (actualisation de la nomenclature)	0
PROJET N03/26 Honoraires de consultance (diabète) à partir de 2004	1.550 (déjà inclus dans les estimations techniques 2004)
PROJET N0405/01 Accréditation/Médecine nucléaire art. 18, § 2, B, d)quinquies (corr. 4 codes oubliés Q)	36

OBJET (et articles de la nomenclature visés)	INCIDENCE FINANCIERE ANNUELLE (en milliers €)
PROJET N0405/02 Obstétrique (supplément d'urgence) et pédiatrie (présence du pédiatre lors de l'accouchement)	1.339
PROJET N0405/03 Psychothérapie réservée aux psychiatres art. 1, § 10, et art. 21	quelques économies
PROJET N0405/04 Psychiatrie de liaison art. 25, § 2, d) - règles d'application	0
PROJET N0405/05 Splittings échographies - écho urinaire art. 17 et 17quater (erreur matérielle)	pm
PROJET N0405/06 Chirurgie ambulatoire - chirurgie ophtalmologique remboursée extra-muros art. 15	- 1.000
PROJET N0405/07 Cellules souches	1.800
PROJET N0405/08 Consultation préanesthésie	1.580
PROJET N0405/09 excédent cutané art. 14 (100 cas / an)	surcoût minime
PROJET N0405/10 Gériatrie de liaison	2.500
PROJET N0405/11 Guidelines RX (cfr annexe 1)	économie majeures à terme
PROJET N0405/12 Intervention chirurgie multidisciplinaire	4.000
PROJET N0405/13 Médecine générale stagiaires 005-006	0,3
PROJET N0405/14 Ophtalmologie - modernisation (strabisme)	1.000
PROJET N0405/15 Ponction hanche	0
PROJET N0405/16 Ponction sous-occipitale (suppression)	0
PROJET N0405/17 Prothèses mammaires - enlèvement pour complications (quelques dizaines de cas)	surcoût minime
PROJET N0405/18 Reconstruction sternum art. 14k) (10 cas / an)	surcoût minime
PROJET N0405/19 Financement des moyens de contraste dans le budget de l'imagerie médicale	pm

OBJET (et articles de la nomenclature visés)	INCIDENCE FINANCIERE ANNUELLE (en milliers €)
PROJET N0405/20 Urologie - actes techniques thérapeutiques	1.580
PROJET N0405/21 Taping de la cheville *	0
PROJET N0405/22 Examen microscopique de l'urine en chambre de comptage *	500
<b>TOTAL</b>	<b>13.335,3</b>

\* Sous réserve de l'accord du Conseil technique médical.

Un groupe de travail sera mis sur pied pour examiner la problématique de la médecine d'urgence dans ses différents aspects ( notamment, qualification du médecin (en synergie avec la Santé publique), honoraires (entre autres les honoraires forfaitaires pour l'exercice de la permanence), nomenclature, intervention personnelle du patient, ). Ce groupe de travail fera rapport à la Commission nationale médico-mutualiste en juin 2004 et lui fera des propositions concrètes à mettre en œuvre.

#### 4. FINANCEMENT 2004.

Les rubriques 2 et 3 sont financées de la façon suivante:

4.1. la masse d'indexation reprise au tableau du point 2 (68.321 milliers EUR), permet qu'à compter du 1er janvier 2004, les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2003, sont indexés de façon linéaire de 1,38 p.c., hormis les visites des médecins généralistes qui sont indexées de 1,38 p.c. au 1er avril 2004;

4.2. 5.750 milliers EUR sur base annuelle prévus dans la note CSS 2003/311 comprenant la proposition de budget 2004 du Gouvernement qui fait référence aux moyens budgétaires qui découlent de la limitation de l'avantage du ticket modérateur dans le cadre du dossier médical global au généraliste qui a accès aux données du dossier médical global;

4.3. 40.000 milliers EUR sur base annuelle dont 25 p.c. (10.000 milliers EUR ) rendus disponibles pour le 1er octobre 2004, à la double condition que:

- le présent accord médico-mutualiste soit conclu pour 2004 et 2005;

1. Au 1er octobre 2004, il doit pouvoir être constaté que l'objectif est atteint en matière d'utilisation judicieuse des soins, notamment en ce qui concerne les classes suivantes de médicaments prescrits avec une priorité pour les antibactériens (quinolones, associations d'une beta-lactame et d'un inhibiteur des beta-lactamases (acide clavulanique et amoxicilline) et les antihypertenseurs (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (sartans)). Les médecins pourront prendre connaissance de l'évolution de l'augmentation des volumes des médicaments concernés en annexe 2.

Au 1er septembre 2004, chaque GLEM de médecins généralistes doit avoir consacré au moins une réunion complète à l'analyse et à la discussion du feed-back individuel formulé par le CNPQ sur ces matières. Axée sur la comparaison du profil de prescription propre par rapport aux recommandations en vigueur en la matière, cette discussion porte tant sur l'indication que sur le choix des produits, en ce compris l'incidence économique de ce choix par l'assurance soins de santé. Afin de pouvoir encadrer cette réunion, les GLEM peuvent faire appel aux animateurs GLEM, formés à cette fin par les associations scientifiques des médecins généralistes, les centres universitaires ou les organisations professionnelles de médecins.

Les responsables des GLEM envoient dans le courant du mois de septembre 2004 un rapport contenant les actions prises et/ou recommandées.

2. Si sur base des données disponibles au 1er octobre 2004, le Comité de l'assurance constate sur base des chiffres disponibles, une rupture significative de la tendance en matière de comportement du prescripteur, les montants prévus sont libérés.

- Des procédures et des conséquences similaires seront également appliquées aux médecins spécialistes. Le CNPQ sera chargé de définir le choix des sujets à aborder par spécialité en fonction de l'importance du sujet pour la spécialité concernée. Quels que soient le choix définitif et le calendrier des sujets à aborder par le CNPQ, la liste des thèmes possibles est la suivante:

- prescription d'antibiotiques et d'antihypertenseurs;
- examens pré- et post-opératoires, en ce compris les examens de biologie clinique et l'imagerie médicale ainsi que les autres examens qui sont réalisés avant ou pendant une intervention chirurgicale;
- imagerie médicale en rapport avec la pathologie coronarienne;
- utilisation de la biologie clinique, entre autres en ce qui concerne les tests hépatiques et les marqueurs tumoraux;
- ensemble des prescriptions dans le follow-up des patients cancéreux.

La réalisation de ces mesures sera suivie en permanence par la CNMM.

#### 5. HONORAIRES 2005 : REVALORISATION (HORS INDEXATION EVENTUELLE).

Une indexation sélective des honoraires sera négociée avant le 15 décembre 2004. Si aucun accord n'intervient avant le 15 décembre 2004, une indexation sera linéairement appliquée.

PROJETS	IMPACT BUDGETAIRE 2005 en milliers €	IMPACT BUDGETAIRE SUR BASE ANNUELLE en milliers €
5.1. Médecins généralistes		
Projet H0405/08 A compter du 1er avril 2005, les honoraires de consultation au cabinet du médecin généraliste sont portés à code 101010: 11,57 € code 101032: 16,41 € code 101076: 19 € code 101054: 16,42 €	12.442	16.589

PROJETS	IMPACT BUDGETAIRE 2005 en milliers €	IMPACT BUDGETAIRE SUR BASE ANNUELLE en milliers €
Projet H0405/09 A compter du 1er avril 2005, les honoraires des visites sont portés à code 103110: 23,99 € code 104672: 23,99 € code 103132: 29 € code 104370: 29 € code 104112: 23,22 € code 103913: 29 € code 103316: 23,22 € code 103515: 29 €	8.590	11.452
Projet H0405/10 A compter du 1er décembre 2005, les honoraires de consultation au cabinet du médecin généraliste sont portés à code 101010: 12,57 € code 101032: 17,41 € code 101076: 20 € code 101054: 17,42 €	1.868	22.418
Projet H0405/11 A compter du 1er décembre 2005, les honoraires des visites sont portés à code 103110: 24,99 € code 104672: 24,99 € code 103132: 30 € code 104370: 30 € code 104112: 24,22 € code 103913: 30 € code 103316: 24,22 € code 103515: 30 €	955	11.452
Projet H0405/12 A compter du 1er avril 2005, l'honoraire pour le DMG (code 102771) est porté à 20 €	2.625	3.500
<b>TOTAL GENERALISTES</b>	<b>26.480</b>	<b>65.411</b>
<b>5.2. Médecins spécialistes</b>		
Projet H0405/13 les honoraires de consultation des médecins spécialistes ainsi que les traitements de psychothérapie suivent le même schéma et bénéficient d'une augmentation équivalente à celle des médecins généralistes en 2005.	10.195	27.791
<b>TOTAL SPECIALISTES</b>	<b>10.195</b>	<b>27.791</b>
<b>TOTAL HONORAIRES 2005</b>	<b>36.675</b>	<b>93.202</b>

6. FINANCEMENT 2005.

La rubrique 5 est financée pour autant que les moyens financiers mis à disposition pour 2005 le permettent.

7. INTERVENTION PERSONNELLE DU PATIENT.

La CNMM invite un groupe de travail de l'Administration à lui soumettre des propositions au plus tard le 1er octobre 2004, concernant la simplification et l'harmonisation de la législation et la réglementation en matière d'intervention personnelle des bénéficiaires de l'assurance soins de santé obligatoire pour les visites et consultations. Dans ce cadre seront notamment examinés les problèmes d'application découlant de l'article 37bis, § 1er bis de la loi SSI et de l'article 10, alinéa 2, littéra 2 de arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, en ce qui concerne les suppléments d'accréditation. Ces propositions devront se faire sans augmenter la masse financière globale et sans aggraver la situation financière globale des patients. Elles proposeront également une simplification de la tarification effectuée par les organismes assureurs.

8. BIOLOGIE CLINIQUE ET IMAGERIE MEDICALE.

8.1. La CNMM propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de l'imagerie médicale pour 2004 à 853.125 milliers EUR.

8.2. La CNMM propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de la biologie clinique pour 2004 à 884.007 milliers EUR.

8.3. Un Groupe de travail déposera pour le 1er juillet 2004, un rapport en vue de simplifier les procédures concernant l'incorporation des différences algébriques décrites aux articles 59 et 69 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

9. DOSSIER MEDICAL GLOBAL ET COLLABORATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS SPECIALISTES

9.1. L'indemnisation annuelle de base en faveur du médecin généraliste accrédité en tant qu'intervention dans les frais d'administration liés à la gestion du dossier médical global s'élève pour 2004 à [125 EUR + indexation de 1,38 p.c. = 126,73 EUR].

La CNMM charge un groupe de travail conduit par le Président de la CNMM d'évaluer le système du DMG et de formuler, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2004, des propositions ayant trait:

- au contenu du DMG;
- une optimisation de l'emploi du DMG, entre autres en ce qui concerne l'enregistrement de données (curatives et préventives), le dépistage et en matière de bonnes pratiques;
- l'échange de données entre les médecins généralistes et les médecins-spécialistes: résultats des examens et des traitements, dépistage et prévention de certaines affections, suivi d'affections chroniques déterminées;
- l'intégration de mesures actuelles concernant certains types de pathologies chroniques (ex. : diabète).

Sur base des propositions du groupe de travail, la CNMM peut demander au CNPQ d'adresser des recommandations aux médecins concernant le DMG.

9.2. La CNMM est convaincue de la nécessité de renforcer la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Elle charge un groupe de travail de formuler des propositions pour le 30 septembre 2004, avec une première application à partir du 1er janvier 2005, à propos des variantes suivantes:

- l'utilisation du DMG comme instrument essentiel du médecin généraliste en ce qui concerne l'échange des données avec les médecins spécialistes et sa plus-value pour le patient;
- la mise en œuvre de l'article 36, § 1er, alinéa 3, de la loi SSI, en particulier en ce qui concerne la médecine d'urgence et les malades chroniques;
- autres formes de collaboration et échanges qui n'ont pas d'effet budgétaire;
- la possibilité d'un système spécial d'honoraires et de remboursement en vue de l'amélioration de diverses formes de collaboration entre médecins généralistes et médecins spécialistes, par exemple:
  - les honoraires de référence;
  - le remboursement modulé;
  - un honoraire spécifique pour le médecin spécialiste pour la prise en charge globale (y compris un rapport circonstancié au médecin généraliste);
  - incitants pour le patient qui consulte son médecin généraliste après la mise au point par le médecin spécialiste.

Le groupe de travail est composé paritairement de membres représentant les organismes assureurs et de membres représentant les organisations représentatives de médecins. Le banc des organisations de médecins est composé paritairement de médecins généralistes et de médecins spécialistes. Les propositions qui sont approuvées par une majorité de chacun des groupes du banc médical sont soumises à la CNMM.

Pour la réalisation des propositions approuvées par la CNMM, un budget adapté sera fixé si nécessaire pour 2005, pour une application sélective de cette mesure structurelle.

9.3. La CNMM créera un groupe de travail pour l'intégration des allocations forfaitaires DMG, EMDMI et d'éventuelles autres indemnités de pratiques, dans le but d'améliorer leur efficacité.

## 10. ACCREDITATION.

10.1. L'honoraire forfaitaire d'accréditation est indexé au 1er janvier 2004 (535, 05 EUR).

10.2. Le présent accord se réfère pour ce point à l'Accord national médico-mutualiste du 17 février 1997 (Moniteur belge du 17 mars 1997).



La CNMM charge le Groupe de Direction de l'Accréditation de l'évaluation du système global d'accréditation et de la formulation de propositions tendant à son optimisation, en particulier en ce qui concerne la formation continuée et le fonctionnement des Comités paritaires. Pour la bonne réussite de la réalisation de ces propositions, la CNMM presse les instances compétentes de développer - sur base de l'article 36bis, § 1er, dernier alinéa de la loi soins de santé obligatoire - un système de financement adéquat en faveur des organes d'accréditation et pour ce faire, de mettre à disposition les moyens financiers nécessaires.

## 11. STATUT SOCIAL.

11.1. La CNMM presse le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique d'adapter l'arrêté royal du 31 mars 1983 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins en ce sens qu'un médecin qui se trouve en incapacité de travail dans le courant d'une année pour laquelle il n'a pas refusé d'adhérer à l'accord, peut continuer à bénéficier des avantages sociaux, non seulement pour cette année mais aussi pour chaque année où il reste en incapacité de travail, et ceci en concordance avec ce qui est déjà prévu pour le moment dans l'arrêté royal du 18 janvier 1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour les dentistes.

11.2. En vue de stimuler le caractère attractif de l'adhésion à l'accord, la CNMM formule l'avis selon lequel:

1° le montant du statut social pour l'année 2004 est fixé à 3.046,80 EUR pour les médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète;

2° le montant du statut social pour l'année 2004 est fixé à 1.803,81 EUR pour les médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, communiqué à la CNMM 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.

La CNMM émettra son avis concernant les montants du statut social 2005 avant le 30 juin 2004.

La CNMM insiste fortement auprès du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur le fait que l'arrêté royal fixant les montants pour l'année 2004 et pour l'année 2005 soit publié le plus vite possible et au plus tard le 30 juin 2004 et le 30 juin 2005 dans le Moniteur belge.

11.3. La CNMM charge un groupe de travail d'examiner la possibilité d'instaurer des avantages comparables dans le cadre du statut social.

## 12. MISE EN ŒUVRE DE L'ARTICLE 50, § 2 L140794.

Pour que les décisions soient acquises valablement au sein de la CNMM, un nombre de points doivent également avoir l'approbation de la moitié des membres qui siègent en qualité de médecin généraliste ou de médecin spécialiste.

Il s'agit de points qui intéressent exclusivement soit les médecins généralistes, soit les spécialistes, tels que l'intégration des honoraires forfaitaires, les honoraires de disponibilité, le financement des cercles de médecins généralistes, la stimulation de la collaboration entre médecins généralistes, les modifications de la nomenclature réservée aux médecins généralistes, les modifications de la nomenclature réservée aux médecins spécialistes, etc.

Le description précise de ces points doit, conformément à l'article 50, § 2, de la loi, être reprise dans le règlement d'ordre intérieur de la CNMM et, après approbation par la CNMM, être soumise à l'approbation du Roi.

## 13. TIERS-PAYANT.

13.1. L'accès au système du tiers payant facultatif est ouvert à leur demande aux médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord dans la mesure où ils notifient au Collège intermutualiste national qu'ils respecteront les tarifs de l'accord pour les prestations couvertes par le système du tiers payant dans les mêmes conditions que les médecins engagés.

13.2. La CNMM donne comme avis au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, de modifier en 2004 ou 2005, l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, de façon que le régime du tiers payant puisse être appliqué pour les prestations avec les n<sup>os</sup> de codes 102410, 102432, 104252 et 104274.

#### 14. MESURES DE CORRECTION.

14.1. Dès que l'objectif budgétaire partiel est dépassé ou risque d'être dépassé au sens des dispositions de l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, une ou plusieurs des mesures de correction de la liste non limitative qui suit, devront s'appliquer, en fonction de l'analyse des dépenses constatées et exclusivement sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, à savoir:

- transfert proportionnel et sélectif d'honoraires payés à l'acte dans des honoraires forfaitaires;
- renforcement de la prise de conscience du prescripteur en vue d'un comportement mieux ciblé en matière de prescription;
- adaptation des mécanismes de remboursements dans le cas de prestations bien déterminées dont il serait prouvé, de façon précise et sur base d'analyses objectives, qu'elles font l'objet d'un usage abusif et injustifié;
- promotion d'une demande et d'un usage responsable des prestations de santé par l'information, le "pilotage" et la couverture équilibrée par l'assurance des prestations exécutées chez les patients ambulants et hospitalisés;
- et/ou diminution proportionnelle et sélective des honoraires de certaines prestations diagnostiques.

La CNMM s'engage à concrétiser durant le 1er semestre de 2004 les mesures de correction susvisées.

Lorsque l'objectif budgétaire partiel d'une rubrique est dépassé sur la base des dépenses relatives au premier semestre 2004 et qu'aucune mesure concrète de correction figurant sur la liste non limitative n'est appliquée avec effet immédiat, la CNMM décide, pour les honoraires relatifs aux prestations relevant de la (des) rubrique(s) concernée(s), de ne pas appliquer l'indexation prévue pour 2005 ou de l'appliquer soit partiellement, soit tardivement.

14.2. En cas d'insuffisance des mécanismes de correction susvisés ou en cas de non-application de ces mécanismes ou si les mesures de correction mentionnées à l'article 51, § 3, de la loi relative à l'assurance soins de santé obligatoire précitée, ne sont pas prises en temps utile ou sont insuffisantes, il est appliqué une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires ou autres montants ou des tarifs de remboursement en cas de dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif annuel partiel, selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7 de l'article 51, § 2, susvisé.

#### 15. MISSIONS, PROJETS ET RECOMMANDATIONS.

15.1. La Commission nationale médico-mutualiste prend acte avec plaisir de la décision des organisations représentatives du Corps médical de recommander aux médecins concernés le respect, à partir du 1er janvier 2004, des honoraires prévus par l'accord avant même la mise en vigueur de ce dernier.

15.2. La Commission nationale médico-mutualiste recommande aux médecins qui n'adhèrent pas à l'accord, de respecter les honoraires résultant de l'accord vis-à-vis des bénéficiaires jouissant du régime préférentiel, des patients ayant droit au MAF et des malades chroniques.

15.3. La CNMM recommande aux médecins qui adhèrent à l'accord, d'appliquer les dispositions du présent accord qui règlent les honoraires également aux prestations énumérées à l'article 34 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et qui ne sont pas mentionnées à l'article 1er de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 sur l'assurance soins de santé des indépendants, pour les travailleurs indépendants, les aidants et les membres non rémunérés des communautés religieuses qui se sont affiliés à un service de soins de santé en vertu de l'article 27bis de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

15.4. Sans préjudice du point 4.3., la CNMM charge un groupe de travail d'élaborer des mesures structurelles qui permettent une maîtrise structurelle des dépenses.

15.5. La CNMM recommande à l'autorité de tutelle de revoir l'arrêté royal du 10 juin 1991 (Moniteur belge du 14 juin 1991) pour prendre en considération dans le calcul du dépassement ou du risque de dépassement de l'objectif budgétaire partiel et par conséquent d'éventuelles mesures de correction, les dépenses concernant les prestations à leur date de réalisation et non plus à leur date de comptabilisation.

La CNMM recommande également à l'autorité de tutelle de modifier les articles 59 et 69 de la loi SSI de façon que pour l'application de ces dispositions les dépenses pour les prestations soient prises en considération à leur date de réalisation et non plus à leur date de comptabilisation.

15.6. La CNMM recommande à l'autorité de tutelle de faire adopter le projet d'article assurant la base légale du financement du fonctionnement des organisations médicales représentatives et figurant dans la loi-programme en préparation. Elle recommande que soit pris dès que possible un arrêté royal en la matière assurant l'exécution du texte légal.

15.7. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle l'application en pratique en 2004 et 2005, de l'article 225 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002.

15.8. La CNMM mettra sur pied un groupe de travail qui examinera la faisabilité d'une procédure de votes électroniques pour les élections de 2006.

15.9. La CNMM demandera au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de presser le Ministre du Travail de proposer aux médecins une formule de collaboration analogue à celle prévue dans la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales et l'arrêté royal du 15 juillet 2002 pris en exécution de cette loi.

15.10. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de placer les moyens financiers pour les interventions forfaitaires de dialyse dans les honoraires des médecins.

15.11. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de faire le nécessaire afin que pour le 1er novembre 2004, pour une série de disciplines de médecine spécialisée, des numéros d'identification séparés soient introduits par l'INAMI en concertation étroite avec le Directeur général des professions de la santé, surveillance médicale et bien-être au travail du Service Fédéral de la Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

## 16. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD.

16.1. Le médecin qui adhère aux termes du présent accord fournira aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé obligatoire les documents nécessaires au remboursement de ses prestations par cette assurance.

### 16.2. Médecins de médecine générale.

Pour les médecins de médecine générale, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à toutes les visites au domicile du malade, aux consultations en cabinet organisées en sorte de représenter soit au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins, soit un nombre d'heures correspondant aux trois-quarts de l'activité en cabinet, à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé, ainsi qu'aux prestations techniques effectuées au cours de ces visites ou consultations.

Pour l'application du présent accord, on entend par exigences particulières:

16.2.1. les visites non urgentes effectuées à la demande du malade en dehors des heures ou du programme de la tournée normale du médecin;

16.2.2. les appels de malades entraînant pour le médecin un déplacement d'une importance inhabituelle;

16.2.3. les appels de nuit, de week-end ou au cours d'un jour férié, quand le médecin n'est pas de garde, lorsqu'il est établi que le service de garde organisé sur place est suffisant;

16.2.4. les consultations données sur rendez-vous en dehors des consultations prévues à l'alinéa précédent ou perturbant leur déroulement normal.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, a droit à l'application, pour chaque consultation, du régime d'honoraires de la première consultation.

### 16.3. Médecins spécialistes.

Pour les médecins spécialistes, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire, les taux d'honoraires et d'indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués aux consultations et aux prestations techniques effectuées dans les conditions suivantes:

16.3.1. lorsque le médecin spécialiste exerce en tout ou en partie en milieu hospitalier, si son activité aux conditions de l'accord représente soit une durée de vingt-cinq heures par semaine au moins comportant son activité hospitalière et/ou ses consultations ouvertes soit les trois-quarts de son activité globale;

16.3.2. lorsque le médecin spécialiste exerce exclusivement en dehors du milieu hospitalier, si son activité en cabinet aux conditions de l'accord est organisée en sorte de représenter soit vingt heures de consultation par semaine au moins, réparties sur quatre jours au moins, soit les trois-quarts de son activité globale, à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé.

Pour l'application du présent accord, on entend par exigences particulières:

16.3.2.1. la demande d'hospitalisation en chambre particulière pour des raisons de convenances personnelles;

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

16.3.2.3. les prestations demandées sur rendez-vous en dehors des consultations prévues à l'alinéa précédent.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité par le médecin à se représenter au cabinet, a droit à l'application pour chaque prestation du régime d'honoraires de la première prestation.

16.4. Les taux d'honoraires et d'indemnités de déplacement prévus par le présent accord sont appliqués à tous les bénéficiaires de l'assurance soins de santé, y compris les bénéficiaires qui ont droit au régime préférentiel tels que visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à l'exception des bénéficiaires membres d'un ménage dont les revenus annuels imposables dépassent:

- soit 55.430,5 EUR par ménage, augmentés de 1.847 EUR par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;
- soit 36.953 EUR par titulaire, augmentés de 1.847 EUR par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

16.5. La CNMM charge un groupe de travail de réécrire ce point. En vue de donner aux médecins et aux patients, entre autres, une meilleure idée de leurs droits et obligations réciproques, il importe de définir de manière plus précise les conditions dans lesquelles sont applicables les tarifs conclus dans l'accord. Dans ce cadre, il y a lieu de prêter particulièrement attention aux points suivants :

- l'harmonisation des termes de l'accord avec les dispositions légales de l'article 50, § 3, de la loi SSI, en ce sens que les médecins sont censés appliquer les tarifs conclus, à l'exception des périodes et des endroits pour lesquels ils ont signalé qu'ils n'appliqueraient pas les termes de l'accord;
- la précision selon laquelle des exigences particulières doivent bien entendu émaner du patient et ne pas faire suite à la manière dont le médecin organise sa pratique;
- la précision selon laquelle l'adhésion partielle des médecins spécialistes qui exercent leur activité à l'hôpital ne peut rester limitée aux prestations spéciales qu'ils dispensent pendant leur activité à l'hôpital mais doit également avoir trait à leurs consultations, dispensées ou non dans le cadre de leur activité à l'hôpital.

## 17. CONCILIATION DE CONTESTATIONS.

La CNMM est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords. Elle peut concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

## 18. DUREE DE L'ACCORD.

18.1. Le présent accord est conclu pour une période de deux ans (soit du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2005).

18.2. L'accord peut être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la Commission nationale médico-mutualiste:

18.2.1. par une des parties:

18.2.1.1. avant le 1er décembre 2004 si elle estime que les moyens financiers complémentaires octroyés pour l'année budgétaire qui suit, ne sont manifestement pas suffisants pour garantir la bonne exécution de l'accord.

Sans préjudice du point 18.2.1.4., cette dénonciation motivée et apportant la preuve du caractère manifeste de l'insuffisance des moyens, produit ses effets au 1er janvier 2005.

18.2.1.2. dans les 30 jours suivant la publication au Moniteur belge, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs concernés par les mesures de correction lorsque les mesures correctrices non prévues dans ledit accord n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical selon les règles prévues à l'article 50, §§ 2, 3 et 8 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou groupes de prestations et/ou des dispensateurs qui sont visés.

Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur des dites mesures de corrections.

18.2.1.3. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2003, y compris les modifications mentionnées au point 3 à partir de la date de leur entrée en vigueur. Si la nomenclature ainsi décrite est modifiée unilatéralement par l'Autorité en 2004 ou 2005 malgré la recommandation reprise au point 15.7., l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la CNMM.

18.2.1.4. Une partie est valablement représentée lorsqu'elle réunit au moins 7 des membres qui la représentent à la CNMM.

18.2.1.5. Toutefois, cette dénonciation ne peut sortir ses effets que si la partie qui dénonce confirme cette dénonciation devant la CNMM réunie d'urgence, selon les règles de quorum visées à l'article 50, § 2, alinéa 4.

18.2.2. par un médecin:

18.2.2.1. avant le 1er novembre 2004.

Cette dénonciation produit ses effets au 1er janvier 2005.

18.2.2.2. dans les 30 jours suivant la publication au Moniteur belge, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs concernés par les mesures de correction lorsque les mesures correctrices non prévues dans ledit accord n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical selon les règles prévues à l'article 50, §§ 2, 3 et 8 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou groupes de prestations et/ou des dispensateurs qui sont visés.

Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur desdites mesures de corrections.

## 19. FORMALITES

19.1. Les médecins qui refusent d'adhérer aux termes du présent accord notifient leur refus, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, par lettre recommandée à la Poste, adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, dont le siège est établi au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, avenue de Tervueren 211, à 1150 Bruxelles.

Cette lettre comportera les mentions suivantes:

Je soussigné,

Nom et prénoms: .....

Adresse complète: .....

.....

.....

Qualité:

Médecin de médecine générale/Médecin spécialiste en .....

..... (biffer la mention inutile)

Numéro d'identification I.N.A.M.I.: .....

déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 15 décembre 2003.

Date:

Signature:

19.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues sous 19.1., leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 15 décembre 2003 à la Commission nationale médico-mutualiste, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, communiqué les conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses dudit accord:

- a) ils appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés;
- b) ils n'appliqueront pas les montants d'honoraires qui y sont fixés.



Cette communication doit se faire par lettre recommandée à la Poste adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, et ce à l'adresse mentionnée sous 19.1. La lettre comportera les mentions suivantes:

1° Pour les médecins de médecine générale:

Je soussigné,

Nom et prénoms: .....

Adresse complète: .....

.....

Numéro d'identification I.N.A.M.I.: .....

déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 15 décembre 2003, dans les conditions de temps et de lieu suivantes:

a) Consultations au cabinet représentant au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins:

Jours	Lieu	Heures
.....	.....	.....
.....	.....	.....

b) Consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle hebdomadaire:

Jours	Lieu	Heures
.....	.....	.....
.....	.....	.....

L'activité exercée pour les consultations au cabinet en dehors des conditions de l'accord national médico-mutualiste est la suivante

Jours	Lieu	Heures
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Date:

Signature:

2° Pour les médecins spécialistes:

Je soussigné,

Nom et prénoms: .....

Adresse complète: .....

.....

Médecin spécialiste en: .....

Numéro d'identification I.N.A.M.I.: .....

déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 15 décembre 2003, dans les conditions de temps et de lieu suivantes:

a) Médecin spécialiste exerçant son activité professionnelle en tout ou en partie en milieu hospitalier:

- Activité professionnelle représentant vingt-cinq heures par semaine au moins:

Temps plein:

Total des heures par semaine	Etablissement
.....	.....
.....	.....

Temps partiel:

Jours	Lieu	Heures
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Jours	Etablissement	Heures
.....	place	.....
.....	.....	.....

- Activité professionnelle représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle:

Jours	Lieu	Heures
.....	.....	.....
.....	.....	.....

L'activité exercée en dehors des conditions de l'accord national médico-mutualiste est la suivante:

Jours	Lieu	Heures
.....	.....	.....
.....	.....	.....

b) Médecin spécialiste exerçant son activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier:

- Consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine:

Jours	Lieu	Heures
.....	.....	.....
.....	.....	.....

---

- Consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle:

Jours	Lieu	Heures
.....	.....	.....
.....	.....	.....

L'activité exercée en dehors des conditions de l'accord national médico-mutualiste est la suivante:

Jours	Lieu	Heures
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Date:

Signature:

19.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous 19.2. appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués soit après un préavis de trente jours soit, sans préavis, après affichage de ces changements dans leur cabinet de consultation.

Ces changements doivent être communiqués par les praticiens intéressés au secrétariat de la Commission nationale médico-mutualiste, soit, sans délai, dès leur application lorsqu'ils sont appliqués après affichage et sans préavis, soit trente jours avant leur application, la date de leur communication constituant le début du délai de préavis visé au premier alinéa.

19.4. Les médecins n'ayant pas notifié, dans les délais fixés par la loi, leur refus d'adhérer à l'accord afficheront dans leur salle d'attente et, en ce qui concerne les institutions, soit dans la salle d'attente, soit dans le local de réception, soit dans le local d'inscription, un document établi suivant les directives du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. en consultation avec le Conseil national de l'Ordre des Médecins, et qui indique s'ils ont adhéré à l'accord ainsi que les jours et heures de consultation auxquels ils appliquent les tarifs de cet accord et ceux auxquels ils ne les appliquent pas.

## **Annexe 1**

### **RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE PRESCRIPTION D'IMAGERIE MEDICALE**

#### Propositions du Consilium Radiologicum

Les recommandations pour le prescription d'imagerie médicale sont basées sur les "Guideline Summary Tables, Draft for consultation, 18<sup>TH</sup> July", version 18 juillet 2002 proposées par l'Association Européenne de Radiologie. Elles ont été élaborée par divers groupes d'experts issus de différents pays. Des commentaires ont également été recueillis auprès de sociétés de radiologie et de spécialités cliniques des états membres de l'Union Européenne. Elles ont été adaptées à la situation belge par des experts mandatés par les différentes composantes de la radiologie belge; la Société Royale Belge de Radiologie et l'Union Nationale des Radiologues.

Ces recommandations sont destinées à aider les médecins à utiliser l'imagerie médicale de la manière la plus adéquate possible. Le recours systématisé aux recommandations contenues dans ce document permettra de réduire les prescriptions inutiles et de ce fait les expositions aux rayonnements ionisants à des fins médicales. L'objectif premier de la démarche reste toutefois l'amélioration de la qualité de la pratique médicale.

Contrairement aux Directives Européennes, le présent document ne reprend pas les recommandations en matière de prescriptions de médecine nucléaire, à l'exception de quelques indications classiques.

Les recommandations ne sont valides que s'il existe une situation de libre accès à l'ensemble des modalités d'imagerie médicale (IRM, CT, Echo-Doppler...).

En pratique quotidienne il faudra s'adapter aux conditions locales lorsque ces différentes modalités ne sont pas toutes accessibles.

Il faut entendre par "recommandation" selon la définition de Field & Lohr (1992, 15):

*"...des énoncés de caractère systématique visant à aider le praticien et le patient à prendre des décisions de soins appropriées dans des situations cliniques données..."*

D'après cette définition, une recommandation n'est donc pas contraignante pour l'exercice de la pratique médicale mais consiste plutôt en une démarche de qualité visant à répondre aux besoins des patients.

Certaines numérotations sans objet en Belgique, ne se retrouvent pas dans le tableau par souci de cohérence avec la version européenne.

#### **Glossaire**

Les abréviations utilisées dans les recommandations sont reprises dans le glossaire ci-dessous.

<b>Abréviations</b>	<b>Intitulés</b>
AngioCT	Angiographie par CT
AngioRM	Angiographie par RM
ASN	Angiographie par soustraction numérique
CPRE	Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopie
CPRM	Cholangiopancréatographie par résonance magnétique
CT	Tomodensitométrie
IRM	Imagerie par résonance magnétique
Rx	Radiographie un ou plusieurs clichés
UIV	Urographie intraveineuse
US	Echographie par ultrason

### **Indication des examens d'imagerie médicale - fiabilité - EBM**

La fiabilité des éléments probants venant à l'appui des diverses recommandations est basée sur l'EBM:

- [A] essais avec répartition aléatoire des sujets, méta-analyses, passages en revue systématiques; ou
- [B] travaux d'expérimentation ou d'observation fiables; ou
- [C] autres éléments probants lorsque les conseils se fondent sur des avis d'experts et sont validés par des instances faisant autorité.

Dans les recommandations, l'examen prescrit est énoncé comme suit:

1. **Indiqué:** ce terme qualifie le ou les examens le(s) plus susceptible(s) d'aider à établir le diagnostic ou à instaurer un traitement.
2. **Spécial:** il s'agit d'examens complexes et/ou onéreux qui ne sont généralement pratiqués que s'ils débouchent sur un changement de stratégie thérapeutique.
3. **Non indiqué en première intention:** ceci s'applique aux cas pour lesquels l'expérience a montré que le problème clinique disparaît avec le temps. Dans ce cas, l'examen peut être différé de trois à six semaines. Il ne sera pratiqué qu'à condition que les symptômes persistent (exemple: douleurs à l'épaule).
4. **Non indiqué en routine:** l'examen pour la situation clinique donnée ne se retrouve pas dans les recommandations. Celles-ci, même basées sur l'EBM, n'ont cependant pas de caractère absolu. Dès lors, l'examen ne sera pratiqué que si le médecin avance des arguments convaincants.
5. **Contre-indiqué:** il s'agit d'examens prescrits sur base d'arguments irrecevables (exemple: UIV pour un problème d'hypertension). Il faut éviter autant que possible l'irradiation du fœtus. Dans certains cas, la grossesse peut être ignorée de la femme elle-même. C'est donc au médecin d'identifier ce type de patiente.

### **Classification des doses efficaces types de rayonnement ionisant liées aux procédés d'imagerie courants.**

Les doses de radiation ionisante délivrées lors de procédés d'imagerie médicale courante sont indiquées dans le tableau ci-dessous et se retrouvent dans les recommandations à titre informatif.

<b>Classe</b>	<b>Dose efficace type (mSv)</b>	<b>Exemples</b>
<i>0</i>	0	US, IRM
<i>I</i>	< 1	Rx du thorax, Rx des membres, Rx du bassin
<i>II</i>	1-5	UIV, Rx du rachis lombaire, CT pour crâne et cou
<i>III</i>	5-10	CT thorax et abdomen
<i>IV</i>	>10	Certaines explorations en Médecine nucléaire

.....

## **SYSTEMES**

Les recommandations sont classées par systèmes définis soit par localisation, soit par fonction, soit par situation.

- A. Tête**
- B. Cou**
- C. Rachis**
- D. Système Locomoteur**
- E. Système Cardio-Vasculaire**
- F. Thorax**
- G. Système Gastro-Intestinal**
- H. Systèmes Urinaire, Génito-Urinaire, Surrénales**
- I. Obstétrique et Gynécologie**
- J. Seins**
- K. Traumatismes**
- L. Cancer**
- M. Pédiatrie**

**Section A**

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>A. Tête (y inclus l'ORL)</b>				
Pathologies congénitales (chez l'enfant, voir section M)  <b>A01</b>	IRM	Indiqué (B)	Examen décisif pour toutes les malformations. Evite l'exposition aux rayons X. La TDM 3D peut être nécessaire pour détecter des anomalies osseuses. Sédation généralement requise pour les jeunes enfants.  <b>Pour les nouveau-nés, envisager l'échographie.</b>	0
Accident vasculaire cérébral aigu (AVC)  <b>A02</b>	CT	Indiqué [Diagnostic B, Traitement A] Examen spécial [B]	Le CT permet une évaluation adéquate de la plupart des cas et localise l'hémorragie.	II
	IRM		L'IRM est plus sensible que le CT en début d'infarctus et pour les lésions de la fosse postérieure. Particulièrement indiqué dans les cas de déficit neurologiques de moins de 6 heures. L'IRM est l'examen de choix pour l'instauration du traitement.	0
	US carotides	Non indiqué en routine [B]	Exception pour: a) patients avec récupération totale et chez lesquels une chirurgie carotidienne est indiquée; b) patients avec AVC évolutif et suspicion de dissection ou d'embolie; c) patients jeunes.	0
Accident ischémique cérébral Transitoire (AIT) (Voir B5)  <b>A03</b>	US carotides	Indiqué [B]	Si le diagnostic est incertain ou une intervention chirurgicale envisagée. La décision dépend largement de la politique locale et des compétences disponibles. US (avec Doppler couleur) fournit des données fonctionnelles sur les pathologies des bifurcations. Les angiographies, AngioCT et IRM sont des alternatives pour visualiser les vaisseaux.	0
	CT	Indiqué [B]	L'IRM peut être utilisé pour les études fonctionnelles. Peut être normal. Peut préciser des lésions établies et exclure d'autres pathologies.	II
Démyélinisation et autres maladies de la substance blanche <b>A04</b>	IRM	Indiqué [A]	L'IRM est la technique la plus sensible pour la détection de lésions de démyélinisation. L'IRM est aussi plus efficace que le CT pour localiser et définir l'extension d'autres affections de la substance blanche.	0
Space occupying lésion (SOL)  <b>A05</b>	IRM/CT	Indiqué [B]	L'IRM a une plus grande sensibilité que le CT en ce qui concerne: a) le stade initial des tumeurs; b) la détermination de la localisation exacte de la lésion au stade préopératoire; c) la détection de lésions au niveau de la fosse postérieure et pour la pathologie vasculaire. Des calcifications peuvent ne pas être détectées. L'IRM sera considérée comme l'examen de première intention. Le CT peut éventuellement être indiqué pour la recherche d'informations osseuses complémentaires.	0/ II
Céphalées: aiguës, sévères  <b>A06</b>	CT	Indiqué [B]	L'examen CT fournit généralement des informations suffisantes en cas d'hémorragie sous-arachnoïdienne ou d'une autre hémorragie intracrânienne.	II
	IRM	Examen spécial [C]	L'IRM est préférable au CT en cas d'origine inflammatoire. Angiographie classique, Angio. IRM en cas de suspicion de pathologie vasculaire: anévrisme, malformation artérioveineuse, thrombose veineuse.	0/ II

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Céphalées chroniques  (chez l'enfant, voir section M) <b>A07</b>	CT/IRM  Rx crâne, sinus rachis cervical	Non indiqué en routine [C]  Non indiqué en routine [B]	En l'absence de signes focaux, l'imagerie est peu utile. Les signes suivants peuvent justifier CT ou IRM: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparition récente, fréquence accrue, sévérité</li> <li>• Céphalées provoquant le réveil</li> <li>• Vertiges, perte de coordination, paresthésies.</li> </ul> La radiographie est de peu d'utilité en l'absence de signes/symptômes focaux. Voir A13 infra.	IV  0  I
Problèmes pituitaires & juxtassellaires  <b>A08</b>	IRM  Rx	Indiqué [B]  Non indiqué en routine [C]	Prescription IRM ou CT (si IRM indisponible) urgente si baisse récente de l'acuité visuelle.	0  I
Lésions de la fosse postérieure  <b>A09</b>	IRM	Indiqué [A]	L'IRM est nettement préférable au CT dont les images sont souvent altérées par des artéfacts.	0
Hydrocéphalie ? fonction shunt  (chez l'enfant voir section M) <b>A10</b>	CT  Rx	Indiqué [B]  Indiqué [C]	Le CT convient dans la plupart des cas. L'IRM est parfois nécessaire et peut être plus appropriée chez l'enfant. L'échographie est préférable chez le bébé. La radiographie permet de visualiser l'entière du système de drainage.	II  I
Symptômes de l'oreille moyenne ou interne (y compris les vertiges/acouphènes)  <b>A11</b>	CT	Examen spécial [B]	L'évaluation de ces symptômes requiert une expertise ORL, neurologique ou neurochirurgicale; CT indiqué pour la détection de la surdité de transmission ainsi que pour la surdité sensorielle; CT indiqué pour la détection de la surdité mixte et si nécessaire IRM.  IRM indiqué en post-opératoire (détection récidive cholestéatome versus fibrose).  IRM indiqué en cas de vertige/acouphène.	II
Surdité neurosensorielle (chez l'enfant, voir section M)  <b>A12</b>	IRM	Examen spécial [B]	L'IRM est nettement préférable au CT, surtout pour les neurinomes de l'acoustique. En cas de suspicion d'étiologie vasculaire: IRM et Angiographie.	0
Pathologies des sinus  (chez l'enfant, voir section M)  <b>A13</b>	Rx sinus  CT sinus	Non indiqué en routine [B]  Examen spécial [B]	Pour le diagnostique clinique. Si les symptômes persistent après plus de 10 jours de traitement adéquat, le traitement sous imagerie médicale doit être envisagé. L'épaississement de la muqueuse n'est pas un signe spécifique et peut s'observer chez des patients asymptomatiques. Le CT fournit des informations optimales en ce qui concerne l'anatomie. Indications: a) échec d'un traitement conservateur optimal; b) en cas de complications; c) ou en cas de suspicion de malignité (si confirmation, un examen IRM complémentaire est nécessaire).	I  II



<b>Problème Clinique</b>	<b>Investigation</b>	<b>Recommandation [grade]</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Dose</b>
Démence et troubles amnésiques, première crise psychotique <b>A14</b>	Rx crâne IRM/CT	Non indiqué [A] Examen spécial [B]	L'IRM convient mieux pour enregistrer les changements des structures et évaluer l'hydrocéphalie normotensive.	II 0/ III
Lésions orbitaires  <b>A15</b>	CT  Rx	Examen spécial [A]  Non indiqué en routine [A]	Le CT apporte des détails anatomiques, surtout des structures osseuses (ex.: canal lacrymo-nasal). L'IRM évite l'irradiation du cristallin (mais elle est contre-indiquée si l'on suspecte la présence d'un corps étranger ferromagnétique). US: indiqué pour les lésion intraoculaires.	
Lésions orbitaires traumatiques <b>A16</b>	CT	Examen spécial [A]	Indiqué si des lésions orbitaires sont associées à un traumatisme du massif facial. Si ce n'est pas le cas, indiqué uniquement en préopératoire.	II
Lésions orbitaires Suspicion de corps étranger <b>A17</b>	CT Rx orbites	Examen spécial [A] Indiqué [A]	Indiqué en cas de Rx négative si forte suspicion de présence de corps étranger intra-oculaire.	II I
Troubles visuels graves  <b>A18</b>	Rx IRM/CT Angiographie cérébrale	Non indiqué [A] Examen spécial [A] Non indiqué en routine [A]	IRM de préférence en cas de suspicion de lésions du chiasma. CT de préférence en cas de lésions orbitaires. Sur prescription d'un médecin spécialiste.	I 0/ II 0
Epilepsie (adulte)  (chez l'enfant, voir M) <b>A19</b>	IRM CT	Examen spécial [B] Examen spécial [B]	IRM nettement supérieure au CT tant en terme de sensibilité que de spécificité. CT: calcifications.	0 II

**Section B**

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>B. Cou (pour le rachis, voir Sections C (Rachis) et K (Traumatismes))</b>				
Nodules thyroïdiens et augmentation du volume de la thyroïde <b>B01</b>	US  P/B sous US	Indiqué [B]  Indiqué [B]	Visualisation de la morphologie; aspiration pour examen cytologique ou biopsie pour étude histologique sous contrôle radiologique. Certains médecins pratiquent l'aspiration sans l'aide de l'imagerie, un cliché thoracique concomitant est alors nécessaire pour visualiser la trachée.	<b>0</b>  <b>0</b>
Thyréotoxicose <b>B02</b>	US	Indiqué [B]	Permet de faire le diagnostic différentiel entre la maladie de Basedow, un goitre nodulaire toxique et une thyroïdite subaiguë.	<b>0</b> I
Tissu thyroïdien ectopique (ex: thyroïde linguale, goitre multinodulaire) <b>B03</b>	US	Indiqué [C]	US permet de bien visualiser l'extension rétro sternale lors d'une augmentation de volume généralisé de la thyroïde ou en présence d'un goitre multinodulaire, etc... L'examen en temps réel permet d'apprécier les conséquences de l'extension cervicale. Le CT/l'IRM sont nécessaires pour visualiser la totalité de l'extension rétro sternale et apprécier le degré d'atteinte trachéale.	<b>0</b> I
Hyperparathyroïde <b>B04</b>	US/CT/IRM	Examens spéciaux [C]	Le diagnostic est établi sur base des données cliniques/biochimiques. L'imagerie peut être utile pour la localisation préopératoire mais n'est pas toujours nécessaire pour des chirurgiens expérimentés. La pratique des examens dépend en grande partie des stratégies locales, des technologies disponibles et de l'expertise. US, MN, CT et IRM fournissent des données précises pour la mise au point préopératoire.	<b>0/0</b> IV
Souffle carotidien asymptomatique <b>B05</b>	US carotidienne(s)	Non indiqué en routine [B]	Des lésions importantes de la carotide interne sont rarement trouvées.	<b>0</b>
Ingestion ou inhalation de corps étrangers <b>B06</b>			Voir traumatismes, Section K.	
Masse cervicale d'origine inconnue <b>B07</b>	US  CT/IRM	Indiqué [C]  Non indiqué en routine [C]	US: examen de première intention; peut aussi guider une biopsie. L'IRM ou le CT ne sont généralement pratiqués qu'après avis d'un radiologue ou d'un médecin clinicien spécialiste.	<b>0</b>  <b>0</b> II/
Obstruction des glandes salivaires <b>B08</b>	US/ Sialographie  Rx	Indiqué [C]  Non indiqué en routine [C]	Pour des gonflements intermittents liés aux repas. Dans certains centres, la sialographie par IRM peut être préférée à la sialographie conventionnelle. Sauf en cas de calculs du plancher buccal. Dans ce cas, la Rx pourrait suffire. Des calculs peu opaques peuvent être détectés par CT. Orthopantomogramme peut être indiqué pour détecter des calculs sous-maxillaires.	<b>0/0</b> II  I

<b>Problème Clinique</b>	<b>Investigation</b>	<b>Recommandation [grade]</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Dose</b>
Masse salivaire  <b>B09</b>	US	Indiqué [B]	US extrêmement sensible, examen de première intention.	<b>0</b>
	IRM	Examen spécial [B]	L'IRM est l'examen de préférence pour des affections extensives ou récidivantes.	<b>0</b>
Sécheresse buccale, maladie du tissu conjonctif <b>B10</b>	US/ Sialographie IRM	Examen spécial [C]	IRM indiqué. US habituellement inutile.	<b>0/</b>  <b>0</b> II/
Dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire  <b>B11</b>	IRM	Examen spécial [B]	Rx, éventuellement orthopantogramme, peuvent montrer des anomalies osseuses. Dans la grande majorité des cas, l'os est cependant normal car le problème réside dans un dysfonctionnement du disque articulaire.	<b>0</b>
	Rx	Examen spécial [B]	En cas d'échec d'un traitement conservateur, et si un dysfonctionnement interne est suspecté, une arthrographie peut être indiquée en présence de contre indication à l'IRM.	II

**Section C**

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>C. Rachis en général (pour les traumatismes, voir section K)</b>				
Affections congénitales  (chez l'adulte ou l'enfant (voir section M) <b>C01</b>	IRM  Rx	Indiqué [A]  Examen spécial [C]	Avec l'IRM, toutes les malformations de colonne associées ou non à des anomalies thécales peuvent être diagnostiquées. (CT peut s'avérer nécessaire pour visualiser un détail au niveau osseux. Attention à la dose importante d'irradiation). Rx du rachis (full spine) en station debout pour les scolioses (par exemple). Pour les douleurs lombaires, voir section M10	0  I
Myélopathie: tumeurs, inflammation, infection, infarctus, etc. <b>C02</b>	IRM  CT	Indiqué [B]  Examen spécial [B]	L'IRM est clairement l'examen de premier choix en cas de lésions de la moelle épinière avec ou sans compressions Le CT (CT 3D) peut s'avérer utile lorsque plus de détails sur les structures osseuses sont nécessaires.	0  II
<b>Rachis Cervical</b>				
Possibilité de subluxation altoïdo-axoïdienne  <b>C03</b>	Rx  IRM	Indiqué [B]  Examen spécial [B]	Une simple Rx de colonne cervicale de profil, (patient installé sous surveillance en flexion confortable), pourrait visualiser une éventuelle subluxation chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, du syndrome de Down... L'IRM (flexion/extension) objective les répercussions sur la moelle en cas de radiographie positive ou en présence de signes neurologiques. CT indiqué en cas de traitement chirurgical.	I  0
Douleur cervicale, Brachialgie, lésions dégénératives  <b>C04</b>	Rx  IRM	Non indiqué en routine [B]  Examen spécial [B]	Les phénomènes dégénératifs surviennent généralement en milieu de vie et sont souvent sans rapport avec les symptômes qui sont attribués à des modifications discales/ligamentaires indécélables par une radiographie conventionnelle. Examen de premier choix en cas de brachialgie. IRM et envoi vers un médecin spécialiste si la douleur a une influence sur les activités de la vie quotidienne ou en cas de signes neurologiques. Une myélographie (avec CT) peut parfois être nécessaire pour affiner le problème ou si l'IRM n'est pas disponible ou est impossible à exécuter.	I  0
<b>Rachis Thoracique</b>				
Douleur sans traumatisme: maladie dégénérative  <b>C05</b>	Rx  IRM	Non indiqué en routine [C]  Examen spécial [C]	A partir d'un âge moyen, il existe toujours des modifications dégénératives. L'examen est souvent inutile en l'absence de signes neurologiques ou de signes évocateurs de métastases ou d'infection. Pour les patients plus âgés, l'indication peut revêtir un caractère plus urgent car des douleurs soudaines peuvent être le signe d'un tassement ostéoporotique ou d'autres formes de destruction osseuse. L'IRM peut être indiquée en cas de douleur locale persistante ou résistante au traitement, ou lorsqu'il y a des signes d'appel à distance.	I  0

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Rachis Lombaire</b>				
Douleur lombaire chronique sans signes d'infection ou de néoplasme  <b>C06</b>	Rx  IRM/CT	Non indiqué en routine [C]  Examen spécial [C]	Les phénomènes dégénératifs sont courants et non spécifiques. Rx seulement nécessaire chez des patients plus jeunes (en-dessous de 20 ans, en cas de spondylolisthésis, de spondylarthrite ankylosante, etc...) ou chez des patients plus âgés (>55 ans) L'IRM peut être indiquée si la douleur locale persiste ou résiste au traitement, ou en présence de signes d'appel à distance	II  0/ II/
Douleur lombaire basse accompagnée de signes aggravants comme signalé dans la zone "commentaire"  <b>C07</b>	Imagerie	Indiqué [B]	Douleur lombaire basse accompagnée de signes aggravants comme: - âge d'apparition <20 ans, >55 ans - troubles sphinctériens ou de la marche - anesthésie périnéale - trouble moteur grave ou progressif - déficit neurologique étendu - antécédents de carcinome - malaise systématique - VIH - perte de poids - usage de drogue par voie intraveineuse - traitements stéroïdiens - malformation - douleur d'origine non mécanique. L'IRM est dans ces cas le meilleur examen combiné à l'envoi urgent au médecin spécialiste. Le recours à l'IRM ne peut pas retarder l'envoi au médecin spécialiste. <b>(Une Rx simple protocolée "normale" peut être faussement rassurante).</b> (chez l'enfant, voir section M).	0
Douleur lombaire aiguë, hernie discale, sciatique sans signes alarmants (voir zone "commentaires")  (Enfants voir M)  <b>C08</b>	Rx  IRM/CT	Non indiqué en routine [C]  Examen spécial [B]	Les douleurs lombaires aiguës sont généralement dues à des affections qui ne peuvent pas être diagnostiquées par une Rx conventionnelle à l'exception des tassements ostéoporotiques. <b>(Une Rx simple protocole "normale" peut être faussement rassurante).</b> Le diagnostic d'une hernie discale nécessite un examen IRM ou un CT immédiat, surtout en cas d'échec d'un traitement conservateur. L'IRM est généralement préférée (champ de visualisation plus large, évolution postopératoire, etc.) et permet d'éviter l'irradiation. IRM ou CT nécessaire avant toute intervention (injection épidurale, par ex.). Pour les problèmes postopératoire, l'IRM est préférable au C.T. Syndrome hyperalgique persistant plus de 6 semaines: IRM.	II  0/ II

**Section D**

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>D. Système Locomoteur</b>				
Ostéomyélite    <b>D01</b>	Rx	Indiqué [C]	Investigation initiale.	I
	IRM	Examen spécial [C]	Démonstration du processus infectieux, surtout le rachis.	0
	CT	Examen spécial [C]	Démonstration des séquestres.	II
	US	Non indiqué [C]	<b>Sauf chez les enfants.</b> L'échographie peut être utile si des corps métalliques produisent des artéfacts affectant l'IRM/la TDM.	0
Tumeur osseuse primitive    <i>(Voir L43, L44)</i> <b>D02</b>	Rx	Indiqué [B]	Identifie la lésion.	I
	IRM	Examen spécial [B]	L'IRM est l'investigation de choix pour le staging local.	0
	CT	Examen spécial [B]	L'IRM est utile pour préciser la nature de la tumeur et nécessaire pour en préciser le stade avant chirurgie: à réaliser avant toute biopsie. Le CT permet de mieux pratiquer la biopsie et de mieux visualiser les os en certains endroits (rachis, par ex.) et les petites lésions; elle est nécessaire en l'absence d'IRM. L'IRM est plus utile pour évaluer l'extension tumorale. Dans de nombreux cas de lésions malignes primitives, si la radiographie pulmonaire est négative, pratiquer un CT thoracique pour évaluer les métastases pulmonaires (voir L41). Ces recommandations s'appliquent à l'adulte et l'enfant.	II
	US	Examen spécial [B]		0
Métastases osseuses ? Tumeur primitive continue   <b>D03</b>	NM	Indiqué [B]	A compléter par un autre type d'imagerie.	
	IRM	Indiqué [B]	L'IRM est sensible et spécifique, en particulier pour les lésions médullaires, mais le champ de visualisation est limité.	0
	Rx squelette entier	Non indiqué [B]	Examen ciblé par MN.	II

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Tumeur des parties molles	US IRM	Indiqué [C] Indiqué [B]	L'IRM est préférable à la TDM pour exclure, détecter et préciser le stade des tumeurs des parties molles (meilleure résolution en densité, possibilité de technique multicoupe, détermination des pédicules neuro-vasculaires et atteinte des muscles / des loges musculaires). Le CT détecte mieux les calcifications. L'IRM est reconnue comme un examen de premier ordre pour détecter d'éventuelles récurrences même si l'échographie a ses partisans et peut servir pour les biopsies.  Rx si masse juxta-articulaire.	0
<b>D04</b>				
Douleur osseuse localisée et persistante (articulation exclue)	Rx IRM CT	Indiqué [C] Indiqué [C] Examen spécial [C]	Uniquement pour la visualisation locale de zones symptomatiques Si les symptômes persistent et que les radiographies simples sont négatives. Si biopsie osseuse.	I 0 II
<b>D05</b>				
Myélome	Rx squelette IRM	Indiqué [C] Examen spécial [B]	Pour identifier et préciser le stade des lésions susceptibles de bénéficier d'une radiothérapie. Pendant le suivi, l'examen peut être très limité. L'IRM est très sensible même si elle se limite au rachis, au bassin et aux fémurs proximaux. Particulièrement utile dans le cas de myélomes sans sécrétions ou de raréfaction osseuse diffuse. Peut servir pour l'évaluation et le suivi des masses tumorales.	II 0
<b>D06</b>				
Maladie osseuse métabolique	Rx	Indiqué [C]	Les analyses biologiques sont généralement suffisantes. Si l'imagerie est toutefois nécessaire, mieux vaut la limiter (mains, radiographies simples, bassin et rachis lombaire). Il peut falloir pratiquer une ostéodensitométrie (voir D9).	II
<b>D07</b>				
Ostéomalacie	Rx	Indiqué [B]	Pratiquer une radiographie locale pour déterminer la cause d'une douleur localisée ou si la lésion donne une image douteuse à la scintigraphie.	I
<b>D08</b>				
Douleur- tassement ostéoporotique	Rx	Indiqué [B]	Rx rachis dorsolombaire. L'IRM est utile pour distinguer les fractures récentes des fractures anciennes et permet en outre d'exclure les fractures pathologiques. L'ostéodensitométrie fournit des mesures objectives de la teneur des os en matière minérale et peut être utile en cas de maladie osseuse métabolique (voir D7, D8).	II
<b>D09</b>				

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Arthropathie, stade initial    <b>D10</b>	Rx de l'articulation atteinte	Indiqué [C]	Peut être utile pour déterminer la cause, même si l'érosion est généralement une manifestation tardive.	I
	Rx des mains/pieds	Indiqué [C]	Pour les patients chez lesquels une arthrite rhumatoïde est suspectée, une radiographie des pieds permet de détecter des érosions même si la ou les main(s) présentant des symptômes semble(nt) normale(s).	I
	Rx plusieurs articulations	Non indiqué en routine [C]		II
	US/IRM	Examen spécial [C]	Tous ces examens peuvent montrer une synovite et ou des érosions. L'IRM peut montrer le cartilage articulaire.	0/0
Arthropathie, Follow up <b>D11</b>	Rx	Non indiqué en routine [C]	Les cliniques ont parfois besoin de radiographies pour décider de la conduite du traitement.	I
Epaule douloureuse Shoulder Impingement Syndrome  <b>D12 D13</b>	Rx	Non indiqué en première intention [C]	Les évolutions dégénératives au niveau des articulations acromio-claviculaires et de la coiffe des rotateurs sont courantes. Pratiquer une radiographie si une calcification des tissus mous est suspectée. Le premier examen d'imagerie sera la Rx.	0
	US	Non indiqué en première intention [C]		
	IRM	Examen spécial [B]	L'IRM peut démontrer les bursites et anomalies associées. L'IRM dynamique ou en abduction peut apporter des informations dans le Subacromial Impingement Syndrome.	0
Epaule instable <b>D14</b>	Rx Arthro-CT Arthro-IRM	Indiqué [B] Examen spécial [B]	Les deux techniques permettent de bien visualiser le bourrelet glénoïdien et la cavité synoviale.	II/ 0
Rupture de la coiffe des rotateurs  <b>D15</b>	Rx	Non indiqué en routine [C]	Sauf chez le patient âgé.	I/
	Arthrographie / US/IRM	Examen spécial [C]	Les trois techniques détectent l'existence de déchirures au niveau de la coiffe des rotateurs	II/ 0/0



Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Lésion des articulations sacro-iliaques (SI) <b>D16</b>	Rx art SI IRM/NM/CT	Indiqué [B] Examen spécial	Peut aider à rechercher une arthropatie séronégative. L'IRM ou CT sont indiqués si les radiographies simples sont douteuses.	II 0/ II/ II
Douleur de la hanche: mouvement complet possible Douleur de la hanche: mouvement limité (chez l'enfant, voir section M) <b>D17</b>	Rx bassin  IRM	Non indiqué en routine [C]  Non indiqué en routine [C]	La radiographie simple ne s'impose que si les symptômes et signes persistent ou en cas d'antécédents complexes (par exemple, risque de nécrose ischémique; voir D20). <b>N.B.: cette recommandation ne s'applique pas à l'enfant.</b> La radiographie simple sera le premier examen d'imagerie médicale. L'IRM est utile pour démontrer les inflammations et l'Arthro-IRM pour l'évaluation de lésions acétabulaires ou corps étrangers. <b>N.B.: cette recommandation n'est pas applicable aux enfants</b>	I  0
Douleur de la hanche: Suspicion nécrose ischémique <b>D18</b>	Rx bassin IRM	Indiqué [B] Examen spécial [B]	Le résultat est anormal si la maladie est installée. L'IRM est utile si la Rx est normale, surtout chez les patients à haut risque. Le CT peut aussi fournir des informations.	I  0
Douleur du genou: sans blocage ni limitation du mouvement <b>D19</b>	Rx	Non indiqué initialement [C]	Les symptômes ont généralement leur origine dans les parties molles et la radiographie est donc inutile. Les modifications dues au vieillissement sont courantes. Des radiographies sont nécessaires si la chirurgie est envisagée.	I
Douleur du genou: avec blocage ou limitation du mouvement ou épanchement (corps étranger) <b>D20</b>	Rx	Indiqué [C]		I
Douleur du genou: arthroscopie envisagée <b>D21</b>	IRM	Examen spécial [B]	L'IRM peut faciliter la prise de décision concernant l'opportunité d'une arthroscopie. Même si le patient présente des anomalies cliniques probantes et justifiant une intervention, le chirurgien peut vouloir s'appuyer sur une IRM préopératoire pour identifier des lésions non suspectées. ArthroCt peut être envisagée.	0
Prothèse douloureuse <b>D22</b>	Rx US	Indiqué [B] Examen spécial [C]	Détection d'abcès périprothétique ou infection superficielle.	I  0
Hallux valgus <b>D23</b>	Rx	Non indiqué en routine [C]	Uniquement pré-chirurgical.	I

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Douleur du talon Epine calcanéenne?  <b>D24 D25</b>	Rx/IRM/US	Non indiqué en routine [B]	Les épines plantaires sont des découvertes communes. La cause de la douleur est rarement détectable par imagerie médicale. Rx, US et IRM sont des techniques sensibles pour la détection de signes inflammatoires.	1/ <b>0/0</b>

**Section E**

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>E. Système Cardio-vasculaire</b>				
Douleur thoracique rétro sternale aiguë: infarctus du myocarde ? <b>E01</b>	Rx thorax	Indiqué [B]	La Rx ne doit pas retarder l'admission dans une unité spécialisée, mais elle permet d'évaluer la taille du cœur, un œdème pulmonaire, etc... et d'exclure d'autres causes. Un cliché pris dans le service est préférable. Les autres examens d'imagerie requièrent un avis spécial (coronarographie, échocardiographie, etc...)	I <b>0</b>
Douleur thoracique: suspicion de dissection aiguë de l'aorte ? <b>E02 E03</b>	Rx CT/US/IRM	Indiqué [B] Indiqué [B]	Principalement indiqué pour exclure d'autres causes et rarement pour poser le diagnostic. Association fréquente avec une échographie transthoracique ou mieux, transœsophagienne. L'IRM est de plus en plus utilisée en dépit des problèmes logistiques et des contraintes inhérentes à certains appareils de réanimation.	I III/ <b>0/0</b>
Dissection chronique de l'aorte <b>E04</b>	IRM CT	Indiqué [B] Indiqué [B]	L'IRM est l'examen le plus indiqué.	<b>0</b> III
Embolie pulmonaire <b>E05</b>	Spiral CT	Indiqué [B]	Si la scintigraphie de ventilation/perfusion reste d'actualité, le CT spirale est de plus en plus utilisé en première intention, surtout chez les patients souffrant déjà d'une maladie cardio-respiratoire. L'angiographie peut avoir un rôle complémentaire.	III
Péricardite, épanchement péricardique ? <b>E06</b>	US Rx CT/IRM	Indiqué [B] Indiqué [B] Examen spécial [C]	Extrêmement précis: peut être réclamé en urgence en cas de tamponnade cardiaque; peut indiquer le meilleur accès pour un drainage. Peut être normal, volume/effet de l'épanchement non déterminé. Quelquefois nécessaire pour détecter une calcification, compartimentalisation, etc...	<b>0</b> I III/ <b>0</b>
Epanchement péricardique connu <b>E07</b>	US	Indiqué [B]		<b>0</b>
Cardiopathie ischémique chronique <b>E08</b>	IRM Angiographie	Examen spécial [C] Indiqué [B]	Importance croissante de l'IRM dans l'évaluation du myocarde	<b>0</b> III

<b>Problème Clinique</b>	<b>Investigation</b>	<b>Recommandation [grade]</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Dose</b>
Suspicion de valvulopathie cardiaque <b>E09</b>	Rx et US	Indiqué [B]	Utilisé pour le bilan initial et en cas d'évolution du tableau clinique.	0 I
Valvulopathie cardiaque avérée <b>E10</b>	US IRM	Indiqué [B] Indiqué [B]	Importance croissante de l'IRM	0 0
Détérioration clinique après infarctus myocardique <b>E11</b>	US	Indiqué [B]		0
Hypertension <b>E12</b>	Rx US IRM	Indiqué [B] Indiqué [B] Non indiqué en routine [B]	Evaluation de la taille du cœur et d'éventuels signes associés, comme la coartation	0 0 0 I
Follow-up de patients porteurs de pathologie cardiaque ou hypertendus <b>E13</b>	Rx	Non indiqué en routine [B]	Uniquement en cas d'évolution, pour comparaison.	I
Anévrisme de l'aorte abdominale AAA <b>E14</b>	US aorte CT/IRM	Indiqué [A] Indiqué [A]	Utile pour le diagnostic, la détermination du diamètre maximal et le suivi. Le CT est préférable si une fuite est suspectée mais ne justifie pas de retarder une intervention urgente. La TDM et l'IRM permettent de visualiser les rapports de l'anévrisme avec les artères rénales et iliaques. Ces examens sont de plus en plus demandés pour obtenir des informations anatomiques détaillées car la pose de stents par voie percutanée est envisagée de plus en plus souvent. L'angiographie peut avoir un rôle complémentaire dans une optique préopératoire ou de mise en place de prothèse par voie percutanée.	0 0 III/
?Thrombose de veine profonde <b>E15</b>	US Phlébographie	Indiqué [A] Non indiqué en routine [C]	Meilleure sensibilité avec un Doppler couleur.	0 0 II
Ischémie de membre inférieure <b>E16</b>	Angiographie Angio CT/Angio RM/US Doppler	Examen spécial [A] Examen spécial [C]		0 0 0 III/

<b>Problème Clinique</b>	<b>Investigation</b>	<b>Recommandation [grade]</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Dose</b>
Ischémie de membre supérieur  <b>E17</b>	Angiographie /Angio CT. Angio RM/US Doppler	Examen spécial [B]		III/ III/ <b>0/0</b>
Suspicion de cardiomyopathie  <b>E18</b>	Rx US	Indiqué [B] Indiqué [A]		I <b>0</b>

**Section F**

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>F. Système Thoracique</b>				
Douleur thoracique non spécifique <b>F01</b>	Rx	Non indiqué initialement [C]	Dans le cas d'affections comme le syndrome de Tietze, la Rx est normale. Elle sert principalement à rassurer le patient.	I
Traumatisme thoracique mineur <b>F02</b>	Rx	Non indiqué en routine [C]	La visualisation d'une fracture des côtes consécutive à un léger traumatisme ne modifie pas la conduite du traitement (voir Traumatismes, section K).	I
Contrôle médical avant embauche ou dépistage <b>F03</b>	Rx	Non indiqué en routine [B]	Non justifié sauf pour quelques catégories à haut risque	I
Préopératoire <b>F04</b>	Rx	Non indiqué en routine [A]	Sauf maladie cardio-pulmonaire. Non indiqué en dessous de 45 ans	I
Infection des voies respiratoires supérieures <b>F05</b>	Rx	Non indiqué [C]		I
Obstruction chronique des voies aériennes ou asthme; suivi <b>F06</b>	Rx	Non indiqué en routine [B]	Uniquement en cas de symptomatologie aiguë ou perturbations de la biologie.	I
Pneumonie de l'adulte: follow-up <b>F07</b>	Rx	Indiqué [B]	Pour confirmation de la résolution. Il faut attendre au moins 10 jours avant de renouveler l'examen car la résolution peut être longue (surtout chez les patients à risque) Si la résolution n'est pas obtenue dans les 30 jours.	I
	CT	Examen spécial [C]		III
Epanchement pleural <b>F08</b>	Rx	Indiqué [C]	Pour identifier une collection liquide ou guider une aspiration.  Le CT peut être nécessaire pour une localisation plus précise, l'évaluation de composants solides, etc...	I
	US	Indiqué [B]		0
	CT	Non indiqué en routine [B]		III
Hémoptysie <b>F09</b>	Rx	Indiqué [B]	Le CT devrait être utilisé en conjonction avec la bronchoscopie; il est de plus en plus fréquent de commencer par une TDM (voir Cancer, L7). En cas d'hémoptysie massive, envisager une artériographie bronchique dans une optique de traitement.	I
	CT	Non indiqué initialement [B]		III

<b>Problème Clinique</b>	<b>Investigation</b>	<b>Recommandation [grade]</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Dose</b>
Patient en Unité de soins intensifs/Unités d'hémodialyse  <b>F10</b>	Rx	Indiqué [B]	Une Rx thorax est plus particulièrement utile lorsque les symptômes ont évolué ou après la suppression / mise en place de matériel type cathéter, drain, etc... L'intérêt d'une Rx thorax quotidienne systématique est de plus en plus remis en cause.	I
	CT	Examen spécial [C]	Dans les cas non résolus par l'examen Rx thorax standard	III
Pathologie pulmonaire occulte Suspicion d'atteinte pulmonaire, de pathologie systémique Pathologie infiltrative diffuse <b>F11</b>	CT	Indiqué [B]	Le CT à haute résolution (HRCT) peut révéler des anomalies invisibles à la Rx thorax et chez les malades immunodéprimés. Le CT peut avoir une valeur de pronostic.	II

**Section G**

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>G. Système Gastro-Intestinal</b>				
<i>Tractus Digestif</i>				
Troubles de la déglutition  <b>G01</b>	Rx pharynx/ œsophage	Indiqué [B]	Les explorations au sulfate de baryum restent recommandées avant une éventuelle endoscopie. Elles permettent une localisation exacte des lésions et montrent le degré d'obstruction causé par la sténose et sa longueur. Les diverticules sont bien mis en évidence. Les rétrécissements très modérés peuvent être mis en évidence en étudiant la déglutition. Une fluoroscopie détaillée est nécessaire pour détecter les troubles de la mobilité.	II
Douleur thoracique hernie hiatale ou reflux ?  <b>G02</b>	Rx OED	Non indiqué en routine [C]	On peut discuter du bénéfice de la Rx œsophagienne dans la recherche du reflux. Il est clair que la pH métrie peut être considérée comme un gold standard, mais cette technique n'offre pas d'information anatomique. Elle doit être complétée par une Rx œsophage dans tous les cas où une indication chirurgicale est posée.	III
Perforation œsophagienne ?  <b>G03</b>	Rx thorax Rx œsophage CT	Indiqué [B] Examen spécial [B] Indiqué [A]	Rx est anormale dans 80 p.c. des cas mais un pneumomédiastin n'est présent que dans 60 p.c. des cas. La déglutition doit s'effectuer avec des produits de contraste hydrosolubles et non ioniques. Le CT est sensible tant pour la détection de la perforation que pour la détection de complications pleurales ou médiastinales	I II III
Saignements gastro-intestinaux hématoméses  <b>G04</b>	Rx sans préparation US Rx contraste Angiographie	Non indiqué en routine [B] Non indiqué en routine [B] Non indiqué en routine [A] Examen spécial [B]	Sans intérêt.   Lorsque des saignements incontrôlables font envisager une chirurgie ou une intervention d'hémostase par embolisation	II <b>0</b> II III



Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Dyspepsie chez le patient jeune (moins de 45 ans)  <b>G05</b>	Imagerie	Non indiqué en routine [C]	La plupart des patients de moins de 45 ans peuvent bénéficier, sans examens complexes préalables, d'un traitement médicamenteux d'essai (antiulcéreux ou antireflux). Pour ceux dont les symptômes persistent, réaliser une endoscopie ou une Rx OED. Les autres signes de gravité suggérant la nécessité d'un examen précoce sont, entre autres, l'amaigrissement incontrôlé, l'anémie, l'anorexie, les saignements gastro-intestinaux, les douleurs nécessitant une hospitalisation, la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, les vomissements, l'absence d'amélioration après un traitement chez les patients avec <i>Helicobacter pylori</i> .	II
Dyspepsie chez le patient plus âgé (plus de 45 ans)  <b>G06</b>	Imagerie RxOED Endoscopie	Indiqué [C]	L'endoscopie est l'examen pratiqué en première intention mais la Rx OED demeure une option raisonnable. L'un des deux examens doit être envisagé si les symptômes persistent après un résultat négatif au premier. Le principal objectif est la détection précoce d'un cancer, en particulier de tumeurs sous-muqueuses et des causes particulières comme la limite plastique.	II
Suivi d'un ulcère  <b>G07</b>	Rx OED	Non indiqué en routine [B]	La cicatrisation empêche une évaluation précise. L'endoscopie est préférable pour confirmer une guérison complète et obtenir des biopsies.	II
Antécédents (récents) de chirurgie touchant le tractus gastro-intestinal supérieur  <b>G08</b>	Rx avec contraste hydrosoluble	Indiqué [B]	Pour évaluer l'anastomose et le transit jusqu'à l'intestin grêle.	II
Antécédents (anciens) de chirurgie touchant le tractus gastro-intestinal supérieur  <b>G09</b>	Rx avec contraste	Non indiqué en routine [B]	La meilleure évaluation de la portion gastrique résiduelle est effectuée par endoscopie (gastrite, ulcération, tumeur récidivante, etc...) Une exploration US ou CT peut être nécessaire pour évaluer une maladie extra murale. L'échographie endoscopique peut démontrer une tumeur sous-muqueuse récidivante.	II
Saignements intestinaux, chroniques ou récurrents  <b>G10</b>	Rx intestin grêle	Non indiqué initialement [C]	Uniquement après exploration Rx ou endoscopique.	II
	CT	Indiqué [B]		III
	Angiographie	Examen spécial [B]		III
Douleur abdominale aiguë, perforation iléus  <b>G11</b>	Rx abdomen sans préparation	Indiqué [B]	De plus en plus utilisé pour rechercher la cause et la localisation de l'occlusion.	I
	CT	Examen spécial [B]		III

<b>Problème Clinique</b>	<b>Investigation</b>	<b>Recommandation [grade]</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Dose</b>
Occlusion de l'intestin grêle  <b>G12</b>	Rx opacification grêle/CT	Examen spécial [B]	Le CT est de plus en plus utilisé pour déterminer le degré d'obstruction et sa cause probable. Les explorations au moyen de produits de contraste iodés non ioniques permettent de déterminer si l'occlusion est complète et de la localiser.	II/ III
Occlusion du grêle: chronique ou récurrente <b>G13</b>	Rx opacification du grêle	Indiqué [B]	Examen de choix.	II
Maladie spécifique de l'intestin grêle suspectée (maladie de Crohn, par ex.)  <b>G14</b>	Rx opacification du grêle US CT/IRM	Indiqué [C]  Indiqué [C] Indiqué [C]	Evaluation de la paroi grêle.  Evaluation de la paroi et des complications.	II  0 II/ 0 III
Tumeur colique ou maladie inflammatoire: douleur, saignements, modification du transit intestinal, etc. <b>G15</b>	Rx colon	Indiqué [C]	L'étude en double contraste n'est utile que si l'intestin a été convenablement préparé. Certains centres recourent au CT pour les patients âgés fragiles. Bien que le syndrome du colon irritable soit la cause la plus fréquente d'une modification du transit intestinal, il faut un lavement baryté ou une coloscopie pour exclure d'autres éventualités.	III
Occlusion du colon: aiguë  <b>G16</b>	Rx colon  ou CT	Indiqué [B]  Indiqué [B]	Une étude en simple contraste avec, si possible, un agent de contraste hydrosoluble permet de visualiser la zone sténosée et d'exclure une "pseudo-occlusion".  Le CT, de plus en plus utilisé, peut indiquer la cause probable du problème en permettant la distinction entre obstacle mécanique et iléus.	III  III
Maladie inflammatoire du colon: aiguë ou en exacerbation  <b>G17</b>	Rx abdomen sans préparation Rx colon, lavement baryté US ou CT	Indiqué [B]  Non indiqué en routine [B] Indiqué [B]	Souvent examen suffisant. Examen essentiel pour exclure un colon toxique.  Le lavement baryté est dangereux en cas de mégacolon toxique.  Evaluation de formation d'abcès, d'épaississement de la paroi intestinale et d'infiltration graisseuse.	II  III  0 III/
Maladie inflammatoire du colon: suivi à long terme  <b>G18</b>	Rx colon, lavement baryté  CT ou US	Non indiqué en routine [B]  Examen spécial [B]	La coloscopie est préférable pour identifier l'apparition d'un carcinome chez les patients à haut risque, bien que le lavement baryté soit encore souvent utilisé, en particulier après une chirurgie intestinale complexe. Bilan et recherche de fistules. Bilan des fistules anales.	III  0 III/

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Problèmes Abdominaux Généraux</b>				
Douleur abdominale aiguë: (justifiant une hospitalisation et une éventuelle chirurgie)  Suspicion d'ischémie intestinale <b>G19</b>	Echo Doppler VX digestifs / MR / CT	Examen indiqué	Technique de screening avant exploration et traitement endovasculaire.	0/ 0/ III
Masse palpable  <b>G20</b>	Rx abdomen  US  CT	Non indiqué en routine [C] Indiqué [B]  Indiqué [A]	L'échographie répond habituellement aux questions posées et sa fiabilité est très grande chez les patients minces, au niveau du quadrant supéro-externe droit et du bassin. Le CT est alternatif et utile pour exclure une lésion. Particulièrement indiqué pour le patient obèse.	II  0 III
Malabsorption  <b>G21</b>	Examen Ba du grêle	Non indiqué en routine [B]	Le recours à l'imagerie n'est pas impératif pour le diagnostic. Elle a une utilité dans les complications. Le CT peut être indiqué si un lymphome est suspecté.	II
Appendicite  <b>G22</b>	Imagerie	Indiqué [A]	Politiques locales très diverses en fonction des équipements et des compétences disponibles, et de l'habitus du patient. L'appendicite est en général un diagnostic clinique. Imagerie US et CT. <b>L'échographie est préférable chez l'enfant et la femme jeune.</b>	
Constipation (Enfants voir section M)  <b>G23</b>	Rx abdomen	Non indiqué en routine [C]	Une quantité importante de matières fécales peut être visualisée chez de nombreux adultes sains; bien qu'on puisse l'attribuer à un transit lent, un ASP ne suffit pas pour en évaluer la gravité. Il peut toutefois aider certains spécialistes (gériatries, par ex.) à étudier des constipations rebelles.	II
Infection (Sepsis) abdominale; fièvre d'origine inconnue  <b>G24</b>	US/CT	Indiqué [C]	Le choix de l'examen dépend beaucoup des équipements et compétences disponibles. L'échographie est souvent pratiquée en priorité (rapidité, coût) et peut être décisive, en particulier s'il existe des signes de localisation: spécialement efficace au niveau des espaces sous-phréniques/sous-hépatiques et du bassin. Globalement, le CT est probablement le meilleur examen, à l'issue duquel les infections ou les tumeurs sont généralement identifiées ou exclues.	0/ III

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Foie, Vésicule et Pancréas</b>				
Métastases hépatiques  <b>G25</b>	US CT/IRM	Indiqué [B] Examen spécial [B]	La majorité des métastases est mise en évidence par l'échographie, qui permet également de réaliser une biopsie. CT/IRM sont utilisés à des fins d'exclusion, lorsque l'échographie est douteuse ou normale en dépit de la clinique, lorsqu'une classification tumorale complète est requise ou lorsqu'une résection hépatique est prévue (voir aussi Cancer, L13). Intérêt récent des techniques hélicoïdales en deux temps (phases vasculaires précoce et tardive). L'IRM de plus en plus utilisée. Suivi oncologique par CT et IRM.	0 III/ 0
Hémangiome hépatique (détecté à l'échographie, par ex.) <b>G26</b>	IRM/CT	Non indiqué en routine [C]	Hémangiome de moins de deux cm en dehors de tout contexte carcinologique: suivi par US.	0/ III
Ictère  <b>G27</b>	US	Indiqué [B]	Bonne détection de la dilatation des voies biliaires. La dilatation peut toutefois être infime en cas d'obstruction naissante ou de cholangite sclérosante. Permet de visualiser les calculs biliaires et la plupart des formes de maladies hépatiques, ainsi que le degré et la cause des obstructions du canal cholédoque. Discuter des examens suivants (CT, CPRM, etc...)	0
Pathologie biliaire, (calculs, par ex.)  <b>G28</b>	Rx sans préparation US	Non indiqué en routine [C] Indiqué [B]	La radiographie simple ne permet de visualiser que 10 p.c. environ des calculs.  L'échographie permet d'étudier aussi d'autres organes. Intérêt croissant pour la CPRM. Tumeur vésiculaire mieux explorée par CT/IRM.	II 0
Pancréatite aiguë          <b>G29</b>	Rx sans préparation   US  CT	Non indiqué en routine [C]  Indiqué [B]  Indiqué [B]	A moins que le diagnostic ne soit incertain, auquel cas un ASP est pratiqué pour exclure d'autres causes possibles de douleurs abdominales aiguës (voir G19). Certains patients admis pour une pancréatite aiguë souffrent en fait d'une pancréatite chronique, qui peut entraîner une calcification visible à l'ASP. Pour visualiser des calculs et pour diagnostiquer et suivre l'évolution d'un pseudo-kyste: particulièrement efficace chez les patients minces. Si la symptomatologie perdure plus de 24 h, indiqué dans les cas suivants: a) situation clinique grave, pour évaluer les lésions nécrotiques; b) absence de réponse au traitement; c) lorsque le diagnostic reste douteux. Recours croissant à l'IRM et CPRM.	II 0 III

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Pancréatite chronique  <b>G30</b>	Rx sans préparation US  CPRM (+ secretine)	Indiqué [B] Indiqué [B] Examen spécial [C]	Pour visualiser les calcifications.  L'échographie peut être décisive chez les patients minces. Le CT permet de visualiser la calcification de manière efficace.	0/ II III II
Fuite biliaire post-opératoire  <b>G31</b>	CPRM/CPRE	Indiqué [C]	L'échographie permet d'identifier les collections. Le couple CPRM / CPRE montre l'origine anatomique de la fuite et peut permettre l'intervention (stent ou prothèse, cfr E9 biliaire, par ex.).	II
? Tumeur pancréatique  <b>G32</b>	US  CT/IRM	Indiqué [B]  Indiqué [B]	US spécialement indiqués chez les patients minces et pour les lésions de la tête et du corps du pancréas. Recours de plus en plus fréquent à l'échographie endoscopique. Le CT (ou l'IRM) est efficace chez des patients plus corpulents et lorsque l'échographie est douteuse. L'IRM est indiquée dans tout bilan préopératoire ou lorsqu'une classification tumorale précise est nécessaire. CPRM également indiquée.	0  III
? Insulinome  <b>G33</b>	Imagerie	Examen spécial [B]	Si les analyses biologiques sont positives, pour localiser la tumeur. L'IRM apparaît comme le meilleur examen, même si le CT hélicoïdal en phase artérielle est une technique prometteuse. La plupart des centres cherchent à obtenir deux examens positifs avant une intervention (et choisissent entre TDM/IRM/angiographie). L'échographie endoscopique ou pré opératoire peut aussi être utile.	0

**Section H**

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>H. Système Uro-Génital, Surrénales</b>				
Hématurie, macro ou microscopique  <b>H01</b>	US and Rx abdomen UIV	Indiqué [B] Non indiqué en routine [B]	L'approche classique comprend Rx sans préparation et US.  L'UIV peut être indiquée: a) en cas de négativité US et Rx; b) hématurie microscopique chez les sujets de plus de 50 ans. Surtout pour éliminer un processus expansif.	0/ II
	CT	Non indiqué initialement (B)		III
Hypertension (sans pathologie rénale associée) <b>H02</b>	UIV	Non indiqué (B)		II
Hypertension: a) adulte jeune b) pas de réponse thérapeutique  <b>H03</b>	Angio CT	Examen spécial [B]	L'imagerie n'est indiquée qu' s'il y a une suspicion clinique d'origine réno-vasculaire de l'hypertension. L'Angio MR est la meilleure méthode non invasive de visualisation des artères rénales. L'Angio CT est tout aussi sensible mais plus invasive (contraste iodé, irradiation). L'Echo Doppler est également sensible et spécifique surtout chez les patients minces	III
	Angio MR	Examen spécial [B]		0
	US (doppler)	Examen spécial [B]		0
Insuffisance rénale  <b>H04</b>	US and Rx	Indiqué [B]	Pour visualiser les dimensions, la structure, l'obstruction du rein, etc... N.B.: une échographie normale n'exclut pas une obstruction. CT ou IRM à envisager en cas de négativité US.	0/ II
	CT	Non indiqué initialement [B]		III
	UIV	Non indiqué [B]		II
	IRM	Examen spécial [C]		0
<b>H05</b>				

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Suspicion de colique néphrétique  <b>H06</b>	CT	Indiqué [B]	Le CT sans contraste est la technique de choix.	III
	UIV	Non indiqué en routine [B]	Alternative en cas de non disponibilité du CT.	II
	US + Rx	Non indiqué en routine [B]	Alternative en cas de contre-indication du CT.	0/ II
Calculs rénaux (en absence de colique néphrétique aiguë)  <b>H07</b>	Rx	Indiqué [B]	Un ASP permet d'assurer un suivi après une crise aiguë avec calculs mais sans complications.	II
	CT	Non indiqué en routine [B]		III
	US	Non indiqué en routine [B]	Sauf suivi de calculs rénaux radiotransparents.	0
? Tumeur rénale  <b>H08</b>	US	Indiqué [B]	L'échographie permet de distinguer aisément les masses kystiques des masses solides. Peu sensible, peu spécifique.	0
	UIV	Non indiqué [B]		II
	CT	Indiqué [B]	CT: sensibilité et spécificité élevées (masse 1-1,5 cm détectables). Si allergie au contraste ou CT non-conclusif.	III
	IRM	Examen spécial [B]		0
Néphropathie obstructive et uropathie obstructive, lithiase exclue <b>H09</b>	UIV	Non indiqué [B]		II
	US	Indiqué [B]		0
Infection tractus urinaire de l'adulte  (Enfants section M)  <b>H10</b>	US + Rx	Indiqué [B]	Dans la plupart des cas, aucune investigation n'est nécessaire, sauf en cas d'infections récidivantes, de coliques néphrétiques ou d'absence de réponse aux antibiotiques. Seuil d'alerte légèrement inférieur pour l'examen des patients masculins.	0/ II
	CT	Examen spécial [B]		III
	UIV	Non indiqué en routine [B]		II

<b>Problème Clinique</b>	<b>Investigation</b>	<b>Recommandation [grade]</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Dose</b>
Prostatisme  <b>H11</b>	UIV	Non indiqué [B]	L'échographie permet d'évaluer le volume du haut appareil et de la vessie avant et après la miction, de préférence avec les débits, mais aussi de localiser les calculs vésicaux.	II  <b>0</b>
	US	Indiqué [B]		
Rétention urinaire  <b>H12</b>	UIV	Non indiqué [B]	Pour évaluer le haut appareil (après cathétérisme et suppression de la distension vésicale), en particulier si l'urémie reste élevée.	II  <b>0</b>
	US	Non indiqué en routine [B]		
Masse ou douleur scrotale <b>H13</b>	US	Indiqué [B]	Permet de distinguer les lésions intra-testiculaires des lésions extra-testiculaires.	<b>0</b>
Torsion testiculaire  <b>H14</b>	US	Indiqué [B]	Le diagnostic de torsion est généralement clinique. Les examens d'imagerie ne doivent pas retarder l'exploration chirurgicale, prioritaire. L'échographie Doppler peut être utilisée, lorsque les résultats cliniques sont douteux (testicule post pubertaire).	<b>0</b>
Tumeurs médullosurrénales  <b>H15</b>	CT/RIM	Examen spécial [B]	Même si l'échographie permet d'identifier ce type de lésion, la TDM et l'IRM fournissent la délimitation la plus précise. L'imagerie est rarement indiquée en l'absence des marqueurs biochimiques caractéristiques de ces tumeurs.	III/ <b>0</b>
Lésions corticosurrénales maladie de Cushing et syndrome de Conn <b>H16</b>	CT/IRM, ou Dosages veineux sélectifs	Examen spécial [B]		III/ <b>0/</b> IV



**Section I**

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>I. Obstétrique et Gynécologie</b>				
Le matériel nécessaire à l'échographie transvaginale (TV) devrait être disponible dans tous les services réalisant des échographies pelviennes				
Dépistage au cours de la grossesse <b>I01</b>	US	Indiqué [C]	Il n'a pas été démontré que le dépistage échographique avait modifié la mortalité périnatale, sauf en cas d'interruption médicale de grossesse en présence d'une anomalie fœtale importante. Le dépistage apporte des informations utiles sur les dates de grossesse et les grossesses multiples. Les ultrasons possèdent également un intérêt certain pour l'évaluation du placenta prævia et de la croissance intra-utérine. Pour le suivi et la prise en charge d'une grossesse à haut risque, le spécialiste peut s'aider de l'échographie Doppler de l'artère ombilicale.	0
Suspicion de grossesse <b>I02</b>	US	Non indiqué en routine [C]	Les tests de grossesse sont les plus appropriés. L'échographie est toutefois intéressante si l'on suspecte une grossesse molaire.	0
Suspicion de grossesse extra-utérine <b>I03</b>	US	Indiqué [B]	Après un test de grossesse positif. Privilégier l'échographie transvaginale. Le Doppler couleur améliore la sensibilité.	0
Possibilité de grossesse non-viable <b>I04</b>	US	Indiqué [C]	Répéter éventuellement l'échographie au bout d'une semaine (surtout si le sac gestationnel est inférieur à 20 mm ou la longueur vertex-coccyx à 6 mm). Test de grossesse nécessaire. En cas de doute sur la viabilité du fœtus, il est essentiel de retarder l'évacuation.	0
<b>Utérus: Corps</b>				
Saignements post-ménopause saignements endométriose exclue <b>I05</b>	US (Transvaginal)	Indiqué [A/B]		0
Suspicion de masse pelvienne <b>I06</b>	US	Indiqué [C]	Combinaison d'échographies trans-abdominale et transvaginale souvent nécessaire. Les ultrasons doivent confirmer la présence d'une lésion et déterminer l'organe vraisemblablement en cause. Voir Cancer, section L. L'IRM constitue la meilleure exploration de deuxième intention, quoique le CT soit encore largement utilisé.	0
Douleurs pelviennes, notamment suspicion d'inflammation de la région et d'endométriose <b>I07</b>	US IRM	Indiqué [C] Examen spécial [B]		0 0

<b>Problème Clinique</b>	<b>Investigation</b>	<b>Recommandation [grade]</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Dose</b>
Perte de stérilet  <b>I08</b>	US  Rx	Indiqué [C] Non indiqué en routine [C]	Si non vu par US.	<b>0</b>  II
Fausse couches à répétition  <b>I09</b>	US  IRM	Indiqué [C] Examen spécial [C]	Révèle les principaux problèmes congénitaux et acquis.	<b>0</b>  <b>0</b>
Infertilité  <b>I10</b>	US	Indiqué [C]	Pour la surveillance du follicule pendant le traitement. Pour évaluer la perméabilité tubaire. Certains centres utilisent l'IRM et/ou l'hystérosalpingographie.	<b>0</b>
Suspicion de disproportion céphalopelvienne  <b>I11</b>	Pelvimétrie (Rx)  IRM/CT	Non indiqué en routine (B)  Examen spécial [C]	L'utilité de la pelvimétrie est de plus en plus contestée. La politique locale doit être définie en accord avec les obstétriciens. De plus, l'IRM ou le CT doivent être employés autant que possible, en privilégiant l'IRM, qui évite l'exposition aux rayons X. Quant au CT, il délivre une dose généralement inférieure à la pelvimétrie classique aux rayons X.	II  <b>0/</b> II

**Section J**

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>J. Pathologie du Sein</b>				
<i>Patientes Asymptomatiques</i>				
Dépistage < 40 ans <b>J01</b>	Mammo-graphie	Non indiqué [B]		0/ II
Dépistage 40-49 ans <b>J02</b>	Mammo-graphie US	Indiqué [A] Non indiqué en routine [B]	Non intégralement pris en charge par la sécurité sociale	0 I
Dépistage 50-69 ans <b>J03</b>	Mammo-graphie US	Indiqué [A] Non indiqué en routine [B]	Dépistage tous les deux ans intégralement pris en charge par la sécurité sociale.	0 I
Dépistage > 69 ans <b>J04</b>	Mammo-graphie US	Indiqué [A] Non indiqué en routine [B]	Non intégralement pris en charge par la sécurité sociale	0 I
Histoire familiale de cancer du sein <b>J05</b>	Mammo-graphie  US	Examen spécial [B]  Non indiqué en routine [B]	A l'heure actuelle, la méthode n'a montré aucun avantage. Le dépistage ne devrait être pratiqué qu'après détermination du risque génétique et information adéquate sur les risques comme sur l'absence de bénéfice prouvé. Le consensus actuel veut que l'on n'envisage le dépistage que si le risque de développer un cancer du sein est au minimum 2,5 fois plus élevé que la moyenne.	0 I
Femmes de moins de 50 ans bénéficiant ou devant bénéficier d'une hormonothérapie substitutive de la ménopause <b>J06</b>	Mammo-graphie US	Non indiqué en routine [C] Non indiqué en routine [B]		0 I

<b>Problème Clinique</b>	<b>Investigation</b>	<b>Recommandation [grade]</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Dose</b>
Femmes saines ayant bénéficié d'une plastie mammaire d'augmentation <b>J07</b>	Mammo-graphie US	Indiqué [C] Non indiqué en routine [B]	Même politique que dans la population normale	I  0
<b>Patientes Symptomatiques</b>				
Suspicion clinique d'un cancer du sein <b>J08</b>	Mammo-graphie US	Indiqué [B] Indiqué [B]		I  0
Aspect nodulaire et douleur mammaire généralisés, sensibilité à la palpation, ou rétraction du mamelon connue de longue date. <b>J09</b>	Mammo-graphie US	Non indiqué initialement [C] Non indiqué en routine/ Examen spécial [C]		I  0
Mastodynie cyclique <b>J10</b>	Mammo-graphie US	Non indiqué [B] Non recommandé [B]	Excepté en cas de signes cliniques autres que la douleur.	I  0
Mammoplastie d'augmentation (suspicion clinique de néoplasie) <b>J11</b>	US/ Mammo-graphie	Indiqué [B]		0/ I
Vérification d'intégrité d'implant <b>J12</b>	US/IRM	Examen spécial [B]		0/ 0
Suspicion de maladie de Paget <b>J13</b>	Mammo-graphie	Indiqué [C]		I
Inflammation du sein <b>J14</b>	Mammo-graphie US	Examen spécial [C] Indiqué [C]		I  0
Cancer du sein (surveillance) <b>J15</b>	Mammo-graphie	Indiqué [A]		I

Section K

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>K. Traumatismes</b>				
<i>Tête: Faible risque de lésion intra crânienne</i>				
Absence de désorientation · absence d'amnésie · absence d'anomalies neurologiques · absence de lacération majeure du cuir chevelu · absence d'hématome <b>K01</b>	SXR	Non indiqué [B]	Ces patients sont en général renvoyés chez eux, les consignes ad hoc étant transmises à un adulte responsable. Si le patient vit seul, l'admission à l'hôpital est possible.	I
· perte de connaissance ou amnésie · traumatisme mécaniquement violent · confusion ou tuméfaction du cuir chevelu, lacération jusqu'à l'os ou sur plus de 5 cm · symptômes ou signes neurologiques (notamment céphalée, vomissement à deux ou plusieurs reprises, visite de contrôle) · antécédents ou examen insuffisant(s) (épilepsie/alcool/enfant, etc.) · enfant de moins de 5 ans: suspicion de maltraitance, ? fontanelle tendue, chute de plus de 60 cm de hauteur sur une surface dure <b>K02</b>	CT	Non indiqué en routine [B]	Le CT tend à devenir le premier et UNIQUE examen pour cette catégorie de patients et pour exclure avec certitude un traumatisme crânien. Si aucune fracture n'est décelable, le sujet est en général renvoyé chez lui, les consignes ad hoc étant transmises à un adulte responsable. En l'absence de ce dernier ou en cas de fracture, le patient est généralement hospitalisé. Voir section M (M13) pour les blessures non accidentelles chez l'enfant. L'IRM cérébrale est à privilégier pour les lésions intracrâniennes mais la Rx peut s'avérer nécessaire pour exclure les fractures non détectées au CT.	II
	Rx crâne	Non indiqué [B]		I

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Tête: Risque élevé de lésion intracrânienne</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>· suspicion de corps étranger ou de plaie par pénétration dans le crâne</li> <li>· désorientation ou altération du niveau de conscience</li> <li>· symptômes ou signes neurologiques focaux</li> <li>· crise comitiale</li> <li>· fracture du crâne ou diastasis sutural visible à la RC</li> <li>· écoulement de LCR par le nez ou de LCR/sang par l'oreille</li> <li>· état général instable excluant le transfert vers une unité neurologique</li> <li>· diagnostic incertain</li> </ul> <b>K03</b>	CT	Indiqué [B]	Rx crâne: <b>Non indiqué</b> Le rahis cervical doit être exploré par Rx classique ou CT.	II
<b>Face et Orbites</b>				
Traumatisme nasal  <b>K04</b>	Rx Massif facial Os propres du nez	Non indiqué en routine [B]	Faible corrélation entre les résultats radiologiques et la présence d'une déformation externe. Le traitement de la contusion dépend de la politique locale: habituellement c'est le suivi dans une unité ORL ou de soins maxillo-faciaux qui détermine la nécessité d'une radiographie.	I
Traumatisme orbitaire: lésion contondante  <b>K05</b>	Rx massif facial	Indiqué [B]	En particulier lors d'un traumatisme avec possibilité de blessure par projection. Examen sépcial: IRM ou CT à faible dose, surtout si les radiographies ou les signes cliniques sont douteux.	I
Traumatisme orbitaire: par pénétration  <b>K06</b>	Rx orbites	Indiqué [B]	Suspicion de corps étranger intra-oculaire radio-opaque.	I
	CT	Examen spécial [B]	Pour suspicion de corps étranger peu radio-opaque.	II
	US	Examen spécial [B]	Indiqué pour corps étrangers à localisation antérieure intra-oculaire.	0
	IRM	Examen spécial [B]	Contre-indiqué en cas de suspicion de corps étranger métallique.	0
Lésion du tiers moyen de la face  <b>K07</b>	CT	Examen spécial [B]	La coopération du patient est essentielle.	II
	Rx massif facial	Indiqué [B]	Eventuellement CT à faible dose	I

<b>Problème Clinique</b>	<b>Investigation</b>	<b>Recommandation [grade]</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Dose</b>
Traumatisme mandibulaire:  <b>K08</b>	Rx mandibule/orthopantomogramme	Indiqué [A]		I/ I
<b>Rachis Cervical</b>				
Patient conscient blessé uniquement à la tête et/ou au visage  <b>K09</b>	Rx rachis cervical	Non indiqué en routine [A]	Pour les patients réunissant les conditions suivantes: 1) totalement conscients; 2) non intoxiqués; 3) ne présentant aucun signe neurologique anormal; 4) sans douleur ni trouble sensitif au niveau du cou.	I
Traumatisme crânien avec perte de connaissance  <b>K10</b>	Rx rachis cervical CT	Indiqué [B] Indiqué [B]	Alternative aux clichés standards si qualité insuffisante ou patient non mobilisable.	I II
Traumatisme cervical avec douleur  <b>K11</b>	Rx rachis cervical  CT/IRM	Indiqué [B]  Examen spécial [B]	Les Rx du rachis cervical peuvent être très difficiles à évaluer. La procédure radiologique est également délicate et: 1) doit montrer la zone C7/T1; 2) doit inclure l'apophyse odontoïde (pas toujours possible au moment de l'examen initial); 3) peut exiger des incidences spéciales. Un CT ou une IRM est nécessaire en particulier si la radiographie est douteuse ou les lésions complexes.	I  II/ <b>0</b>
Traumatisme cervical avec déficit neurologique  <b>K12</b>	Rx rachis cervical CT  IRM	Indiqué [B] Indiqué [B]  Examen spécial [B]	L'IRM constitue la méthode la plus efficace et la plus sûre pour montrer une lésion médullaire intrinsèque, une compression médullaire, une atteinte des ligaments et des fractures vertébrales à différents niveaux. Une myélographie par CT est envisageable si l'IRM n'est pas disponible.	I  II  <b>0</b>
Lésion cervicale: douleur mais première Rx normale; suspicion de lésion des ligaments  <b>K13</b>	Rx rachis cervical IRM	Examen spécial [B] Examen spécial [B]	En flexion-extension.  IRM démontre les lésions ligamentaires.	I  <b>0</b>

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b><i>Rachis Thoracique et Lombaire</i></b>				
Traumatisme: absence de douleur et de déficit neurologique <b>K14</b>	Rx	Non indiqué [A]	L'examen physique est fiable dans cette région. Si le patient est éveillé, attentif et asymptomatique, la probabilité d'une lésion est faible. Recours de plus en plus fréquent au CT et à l'IRM.	II
Traumatisme: douleur mais absence de déficit neurologique ou impossibilité d'évaluer le patient <b>K15</b>	Rx	Indiqué [B]	Ne pas hésiter à demander une radiographie en cas de douleur/sensibilité, de chute importante, d'accident violent, d'autre fracture spinale ou d'impossibilité d'évaluer cliniquement le patient. Recours de plus en plus fréquent au CT et l'IRM.	II
Traumatisme avec déficit neurologique +/- douleur <b>K16</b>	Rx CT IRM	Indiqué [B] Indiqué [B] Indiqué [B]	Investigation initiale: CT/IRM sont essentiels.	II  0
<b><i>Pelvis et Sacrum</i></b>				
Bassin et sacrum Chute suivie d'une incapacité à soulever une charge <b>K17</b>	Rx pelvis + articulations coxo-fémorales	Indiqué [C]	L'examen physique peut manquer de fiabilité. Rechercher les fractures du col du fémur, qui peuvent rester invisibles à la première Rx standard, même si les clichés de profil sont de qualité. IRM ou CT peuvent quelquefois être utiles si la radiographie est normale ou douteuse.	I
Traumatisme pelvien et saignement urétral <b>K18</b>	Urétrographie rétrograde	Indiqué [C]	Pour affirmer l'intégrité de l'urètre, l'existence d'une extravasation ou d'une rupture. Envisager un cystogramme si l'urètre est normal ou si une lésion est suspectée au niveau de la vessie.	II
Trauma du coccyx coccydynie <b>K19</b>	Rx	Non indiqué en routine [C]		I
<b><i>Membre Supérieur</i></b>				
Traumatisme de l'épaule <b>K20</b>	Rx	Indiqué [B]	Certaines luxations ne sont que très difficilement détectables. L'échographie, l'IRM et l'arthrographie par CT jouent un rôle important lorsque les tissus mous sont touchés.	I
Traumatisme du coude <b>K21</b>	Rx	Indiqué [B]	IRM/CT: examen spécial.	I
Traumatisme du poignet suspicion de fracture du scaphoïde <b>K22</b>	Rx IRM	Indiqué [B] Indiqué [B]	L'IRM est fiable pour les fractures du scaphoïde.	I  0
<b><i>Membre Inférieur</i></b>				
Traumatisme du genou (chute/lésion contondante) <b>K23</b>	Rx	Non indiqué en routine [B]	L'impossibilité de supporter son poids ou une sensibilité osseuse prononcée, surtout au niveau de la rotule et de la tête du péroné, justifient une radiographie. CT ou IRM peuvent être nécessaires si des informations plus détaillées sont requises.	I



Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Traumatisme de la cheville <b>K24</b>	Rx	Non indiqué en routine [B]	Circonstances justifiant une radiographie: patient âgé, sensibilité malléolaire, tuméfaction importante des tissus mous et incapacité de supporter son poids (règles d'Ottawa).	I
Traumatisme du pied <b>K25</b>	Rx	Non indiqué en routine [B]	A moins d'une réelle sensibilité osseuse. Même dans ce cas, la mise en évidence d'une fracture influence rarement la conduite du traitement. Il est exceptionnel d'indiquer à la fois une radiographie du pied et de la cheville; l'un et l'autre examens doivent être dûment justifiés. Les anomalies cliniques se limitent généralement au pied ou à la cheville. Les fractures complexes justifient le CT.	I
Fracture de stress <b>K26</b>	Rx IRM	Indiqué [B] Indiqué [B]	Souvent négatif	I 0
<b>Corps Etrangers</b>				
Corps étranger traumatisme des parties molles: corps étranger (métal, verre, bois, peint) <b>K27</b>	Rx US	Indiqué [B]	Le verre est radio-opaque, comme certaines peintures. Utiliser l'échographie, en particulier dans les zones difficilement accessibles à la radiographie.	I 0
Traumatisme des parties molles: corps étranger (plastique, bois) <b>K28</b>	Rx US	Non indiqué en routine [B] Indiqué [B]	Le plastique n'est pas radio-opaque et le bois l'est rarement. Les ultrasons peuvent révéler la présence d'un corps étranger non opaque.	I 0
Suspicion d'ingestion d'un corps étranger, situé dans la région pharyngienne ou le haut œsophage (chez l'enfant, voir section M) <b>K29</b>	Rx Rx abdomen	Non indiqué en routine [C] Non indiqué en routine [B]	Après examen direct de l'oropharinx (où se logent la plupart des corps étrangers), et si le corps étranger est susceptible d'être opaque. Il peut être difficile de le distinguer du cartilage calcifié. En général, les arêtes de poissons sont invisibles à la radiographie. Ne pas hésiter à demander une laryngoscopie ou une endoscopie, en particulier si la douleur persiste au-delà de 24 heures (voir K33).	I II
Ingestion d'un corps étranger petit et lisse (ex. pièce de monnaie) <b>K30</b>	Rx thorax Rx abdomen	Indiqué [B] Non indiqué en routine [B]	Une minorité de corps étrangers avalés sont radio-opaques. La plupart des lésions éventuellement dues à des corps étrangers se situent au niveau crico-pharyngien. Si le corps étranger n'a pas été éliminé (dans les 6 jours environ), une Rx abdomen peut aider à le localiser.	I II
Ingestion d'un corps étranger acéré ou potentiellement toxique (pile, par ex.) <b>K31</b>	Rx abdomen Rx thorax	Indiqué [B] Non indiqué en routine [B]	En général, les corps étrangers qui transitent par l'œsophage, finissent par traverser le reste de l'appareil digestif sans aucune complication. Néanmoins, il est important de localiser les piles, toute fuite pouvant être dangereuse. Sauf si Rx abdomen négative.	II I

<b>Problème Clinique</b>	<b>Investigation</b>	<b>Recommandation [grade]</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Dose</b>
Ingestion d'un corps étranger volumineux (dentier, par ex.) <b>K32</b>	Rx	Indiqué [B]		I
<b>Thorax</b>				
Traumatisme thoracique: mineur <b>K33</b>	Rx	Non indiqué en routine [B]	La démonstration d'une fracture costale ne modifie pas le traitement.	I
Traumatisme thoracique modéré <b>K34</b>	Rx	Indiqué [B]	Rx thorax en cas de pneumothorax, d'épanchement ou de contusion pulmonaire. Une Rx normale n'exclut pas une lésion de l'aorte, aussi faut-il envisager une artériographie/un CT/une IRM.	I
Blessure par arme blanche <b>K35</b>	Rx	Indiqué [C]	Echographie utile pour les épanchements pleural et péricardique.	I
Fracture du sternum <b>K36</b>	Rx latérale sternum	Indiqué [C]		I
<b>Abdomen (Rein inclus)*</b>				
Lésion contondante de l'abdomen ou blessure par arme blanche <b>K37</b>	Rx	Indiqué [B]	US et CT peuvent être nécessaires.	II
Traumatisme rénal <b>K38</b>	Imagerie	Indiqué [B]	L'échographie suffit souvent en cas de lésion locale mineure. Si le traumatisme est majeur (voir ci-dessous), le patient peut bénéficier d'un CT.	0
<b>Traumatisme Majeur</b>				
Traumatisme majeur - bilan général chez un patient inconscient ou confus <b>K39</b>	Rx rachis, thorax, abdomen, pelvis CT crâne	Indiqué [B]  Indiqué [B]	La priorité est de stabiliser l'état du patient. En première évaluation, ne pratiquer que les radiographies indispensables. La radiographie du rachis cervical peut attendre tant que le rachis et la moelle épinière sont correctement protégés mais un CT du rachis cervical peut être combiné à un CT du crâne. Les fractures pelviennes provoquent souvent d'importantes pertes sanguines. Voir traumatisme crânien.	II/I II/I  II
Traumatisme majeur abdomen/pelvis <b>K40</b>	Rx thorax, abdomen, pelvis CT abdomen	Indiqué [B]  Indiqué [B]	Exclure absolument le pneumothorax. Les fractures pelviennes provoquant une augmentation du volume du bassin sont souvent associées à d'importantes pertes sanguines. Sensible et spécifique, cette méthode prend toutefois du temps et peut retarder le passage en salle d'opérations. Le CT doit précéder le lavage péritonéal. Intérêt croissant pour l'échographie en urgence, permet de voir le liquide libre et les lésions des organes pleins.	I/II/ I  III
Traumatisme majeur thorax <b>K41</b>	Rx thorax CT thorax	Indiqué [B] Indiqué [B]	Permet un traitement immédiat (pneumothorax, par ex.).  Particulièrement utile pour exclure une hémorragie médiastinale. Ne pas hésiter à demander une artériographie.	I  III

**Section L**

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose	
<b>L. Cancer</b>					
Nombre de problèmes cliniques associés au diagnostic du cancer ont déjà été partiellement abordés dans les sections consacrées aux différents organes. Les notes qui suivent concernent le recours à l'imagerie pour le diagnostic, la classification tumorale et le suivi de certaines tumeurs malignes primitives courantes. Les tumeurs infantiles font l'objet d'une section à part, puisqu'elles sont toujours prises en charge par un spécialiste. Pour les cancers du sein, se reporter à la section J. La plupart des lésions malignes imposent, dès leur apparition, de pratiquer une RP afin d'identifier les éventuelles métastases pulmonaires.					
Les préoccupations de radioprotection liées à l'imagerie diagnostique, sont généralement moins pertinentes dans cette section que dans le reste de l'ouvrage. La RP fait également partie de nombreux protocoles de suivi (ex.: lésions testiculaires). Des examens de surveillance, notamment après une chimiothérapie, sont souvent nécessaires pour contrôler les progrès, certains sont davantage motivés par des protocoles d'essai que par des raisons cliniques et doivent donc être dûment justifiés.					
<b>Bouche et Pharynx</b>					
Diagnostic <b>L01</b>	IRM/CT	Indiqué [B]		0/	II
Staging <b>L02</b>	IRM/CT	Indiqué [B]		0/	II
<b>Parotide</b>					
Diagnostic <b>L03</b>	US IRM CT	Indiqué [B] Indiqué [B] Indiqué [B]		0 0	II
Staging <b>L04</b>	IRM/CT	Indiqué [B]	L'IRM est préférable au CT.	0/	II
<b>Larynx</b>					
Diagnostic <b>L05</b>	CT/IRM	Non indiqué en routine [B]	Diagnostic clinique et endoscopie.	0	II/
Staging <b>L06</b>	CT/IRM US	Indiqué [B] Examen spécial [B]	L'IRM est préférable au CT pour staging T et N. Alternative si expertise suffisante.	0 0	II/
<b>Thyroïde</b>					
Diagnostic <b>L07</b>	US	Indiqué [B]	Voir section B1 sur les parties molles du cou. On pratique de plus en plus de biopsies profondes écho guidées, surtout pour les nodules "froids".	0	
Staging <b>L08</b>	CT/IRM NM US	Indiqué [B] Indiqué [B] Indiqué [B]		0 0	II/ IV

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose	
<b>Poumon</b>					
Diagnostic <b>L09</b>	Rx	Indiqué [A]			I
	CT	Indiqué [B]			III
Staging <b>L10</b>	CT	Indiqué [A]	Classification TNM. N associé avec médiastinoscopie.		III
	IRM	Non indiqué en routine [C]	Pas de supériorité démontrée sur CT, excepté syndrome de Pancoast	0	
<b>Œsophage</b>					
Diagnostic <b>L11</b>	Rx contraste	Indiqué [B]	Avant endoscopie en cas de dysphagie		II
	CT	Indiqué [B]			III
<b>Estomac</b>					
Diagnostic <b>L13</b>	Endoscope ou Rx contraste	Indiqué [B]		0/	II
Staging <b>L14</b>	CT	Indiqué [B]			III
<b>Foie: Lésion Primitive</b>					
Diagnostic <b>L15</b>	US	Indiqué [B]		0	
	IRM/CT	Indiqué [B]		0/	III
Staging <b>L16</b>	IRM/CT	Indiqué [B]		0/	III
<b>Foie: Lésion Secondaire</b>					
Diagnostic <b>L17</b>	US	Indiqué [B]		0	
	CT/IRM	Indiqué [B]		0	III/
<b>Pancréas</b>					
Diagnostic <b>L18</b>	Imagerie	Indiqué [B]		0	
Staging <b>L19</b>	IRM/CT	Indiqué [B]		0/	
	US	Examen spécial [B]		0	III

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose	
<b>Colon et Rectum</b>					
Diagnostic <b>L20</b>	Rx lavement baryté / colonoscopie	Indiqué [B]	Intérêt croissant pour le CT (endoscopie virtuelle).	0	III/
	CT	Examen spécial [C]			III
Staging <b>L21</b>	Rx thorax, US foie	Indiqué [B]		0	I/
	CT IRM	Indiqué [B]		0	III/
Follow-up <b>L22</b>	US foie	Indiqué [B]		0	III/
	CT/IRM abdomen/pelvis	Indiqué [B]		0	
<b>Rein</b>					
Diagnostic <b>L23</b>	US	Indiqué [B]		0	II
	UIV	Non indiqué [B]			
	CT	Indiqué [B]			
	IRM	Examen spécial [B]			
Staging <b>L24</b>	CT/IRM abdomen	Indiqué [B]	L'IRM est supérieur dans le bilan d'extension des néoplasies avancées. CT et IRM équivalent pour le staging T.	0	III/
Réurrence <b>L25</b>	CT abdomen	Indiqué [B]			III
<b>Vessie</b>					
Diagnostic <b>L26</b>	UIV	Non indiqué en routine [B]	Cystoscopie est l'investigation de choix.	0	II
	US	Non indiqué initialement [B]	Non performant pour la détection de petites lésions (<5mm), mais permet l'évaluation des voies urinaires supérieures.		
Staging <b>L27</b>	Rx thorax	Indiqué [C]	IRM est plus spécifique que CT.	0	I
	IRM	Indiqué [B]			

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose	
<b>Prostate</b>					
Diagnostic <b>L28</b>	US transrectal	Indiqué [B]	En conjonction avec biopsie.	0	
Staging <b>L29</b>	IRM/CT pelvis	Examen spécial [B]		0/	III
<b>Testicule</b>					
Diagnostic <b>L30</b>	US	Indiqué [B]		0	
Staging <b>L31</b>	CT thorax, abdomen et pelvis	Indiqué [B]			III
Follow-up <b>L32</b>	CT	Indiqué [B]			III IV
<b>Ovaire</b>					
Diagnostic <b>L33</b>	US IRM abdomen, pelvis	Indiqué [B] Examen spécial [B]		0 0	
Staging <b>L34</b>	CT abdomen, pelvis IRM abdomen, pelvis	Examen spécial [B] Examen spécial [B]		0	III
Follow-up <b>L35</b>	CT abdomen, pelvis IRM abdomen, pelvis	Examen spécial [B] Examen spécial [B]		0	III
<b>Utérus: Col</b>					
Diagnostic <b>L36</b>	Imagerie	Non indiqué en routine [B]	Habituellement diagnostic clinique.	0	
Staging <b>L37</b>	IRM/CT abdomen et pelvis	Indiqué [B]	IRM performant	0/	III III
Rechute <b>L38</b>	IRM/CT abdomen et pelvis	Examen spécial [B]	L'IRM procure de meilleures informations dans le pelvis. Les biopsies sont plus aisées sous CT (ex.: ganglions lymphatiques).	0/	III

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose	
<b>Utérus: Corps</b>					
Diagnostic <b>L39</b>	US/IRM	Indiqué [B]	L'IRM a une certaine spécificité.	0/0	
Staging <b>L40</b>	CT	Non indiqué en routine [B]	Valeur limitée du CT pour le staging local.		III
	IRM	Indiqué [B]	L'IRM est la technique optimale.	0	
<b>Lymphome</b>					
Diagnostic <b>L41</b>	CT	Indiqué [B]	Diagnostic à confirmer par biopsie ganglionnaire.		III
Staging <b>L42</b>	CT	Indiqué [B]	Peut avoir un rôle pronostique.	0	III
	IRM	Non indiqué en routine [B]			
Follow-up <b>L43</b>	CT	Indiqué [B]	L'IRM peut contribuer à préciser des lésions identifiées au CT.  Pour évaluation rapide du traitement.	0	III
	IRM	Non indiqué initialement [B]			I
	Rx thorax	Indiqué [B]			
<b>Tumeurs Musculosqueletales</b>					
Diagnostic <b>L44</b>	Rx + IRM	Indiqué [B]		0	I/
Staging <b>L45</b>	IRM + CT thorax	Examen spécial [C]		0+	III
<b>Métastases d'origine inconnue</b>					
Métastases issues de tumeurs primitives inconnues Diagnostic de la lésion primitive <b>L46</b>	Imagerie	Non indiqué en routine [B]	Rarement bénéfique, sauf patient jeune ou avec une histologie favorable.		I

**Section M**

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>M. Radiologie pédiatrique</b>				
Limiter au maximum l'exposition aux rayons X chez l'enfant, surtout en cas de maladie de longue durée. (Pour les blessures à la tête chez l'enfant, voir Traumatisme, section K)				
<b>SNC</b>				
Maladies congénitales (tête)  <b>M01</b>	IRM	Indiqué [B]	Examen de référence (non irradiant) pour toutes les malformations. Sédation généralement nécessaire chez le jeune enfant. Envisager l'échographie chez le nouveau-né. Eventuellement CT-3D pour les anomalies osseuses.	0
Maladies congénitales du rachis  <b>M02</b>	IRM	Indiqué [B]	Examen de référence (non irradiant) pour toutes les malformations. Sédation généralement nécessaire chez le jeune enfant. Envisager l'échographie chez le nouveau-né. Eventuellement, CT-3D pour les anomalies osseuses.	0
Apparence anormale de la tête hydrocéphalie sutures anormales <b>M03</b>	US Rx crâne	Indiqué [B]	Lorsque la fontanelle antérieure est ouverte et les sutures fermées ou en cours de fermeture. L'IRM convient à l'enfant plus âgé (le cas échéant, elle peut être remplacée par le CT).	0  I
Epilepsie  <b>M04</b>	IRM  Rx crâne	Examen spécial [A] Non indiqué [B]	CT peut montrer des calcifications et peut être utile en préopératoire. Sans intérêt.	0  I
Surdité infantile  <b>M05</b>	IRM, CT	Examen spécial [C]	Les deux types d'examens peuvent être nécessaires chez l'enfant atteint de surdité congénitale ou post infectieuse.	0/  II
Hydrocéphalie dysfonctionnement du shunt (voir A10)  <b>M06</b>	Rx US/IRM	Indiqué [B] Indiqué [B]	La radiographie doit inclure l'ensemble du système valvulaire de dérivation. Echographie si possible, IRM chez l'enfant plus âgé (ou CT si l'IRM n'est pas disponible). La MN permet d'évaluer le fonctionnement du shunt.	I  0/ 0
Retard du développement infirmité motrice cérébrale <b>M07</b>	IRM	Examen spécial [C]	Voir M15: examen du squelette et retard de croissance.	0



Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Céphalées  <b>M08</b>	Rx crâne	Non indiqué [C]	Si les symptômes persistent ou sont associés à des signes cliniques: pratiquer des examens spéciaux. Chez l'enfant, privilégier l'IRM, non irradiante. Voir aussi A6: méningite ou encéphalite éventuelle.	I
	CT	Examen spécial [B]		II
	IRM	Examen spécial [B]		0
Sinusite voir A13  <b>M09</b>	Rx Sinus	Non indiqué en routine [B]	Non indiqué avant l'âge de 5 ans: les sinus sont encore peu développés et un épaississement muqueux peut être normal. Un seul cliché radiographique peut être utile.	I
<b>Cou et Rachis</b>				
Torticolis sans traumatisme  <b>M10</b>	Rx	Non indiqué initialement [B]	La déformation est souvent due à un spasme et ne s'accompagne pas de modifications osseuses majeures.	I
	CT	Non indiqué en routine [C]	Un torticolis persistant justifie le recours à l'imagerie.	II
	US	Indiqué [B]	L'échographie démontre les lésions du sterno-cléido-mastoïdien.	0
Douleurs du rachis  <b>M11</b>	Rx  IRM	Non indiqué initialement [B] R Examen spécial	Chez l'enfant, il est rare que des douleurs du rachis apparaissent sans cause associée. Une surveillance s'impose si l'on suspecte une infection. Voir section C (rachis). Scoliose douloureuse ou signes neurologiques.	I  0
Spina-bifida occulta  <b>M12</b>	Imagerie	Non indiqué en routine [C]	Variation fréquente peut importante isolément (même avec une énurésie). Cependant, l'association de signes neurologiques justifie des examens.	0
Plaque pileuse, fossette sacrée  <b>M13</b>	Rx	Non indiqué [B]	Éventuellement intéressant chez l'enfant plus âgé.  Avant la naissance, l'échographie peut dépister un syndrome sous-jacent d'insertion basse de la moelle. En particulier s'il existe des signes neurologiques.	II
	US	Indiqué [B]		0
	IRM	Indiqué [B]		0

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Musculosqueletique</b>				
Traumatisme non accidentel Maltraitance (pour les blessures à la tête, voir section K) <b>M15</b>	Rx squelette	Indiqué [B]	Age 0-2 ans indispensable. Age 2-5 ans en fonction de la clinique. Age > 5 ans non indiqué.	II
Traumatisme d'un membre: comparaison avec le côté opposé <b>M16</b>		Non indiqué [B]	Discussion collégiale.	
Petite taille, retard de croissance <b>M17</b>	Rx âge osseux	Indiqué [A]	< 1 an: main/poignet gauche (ou non dominant) et genou et pied 1 incidence. 2-18 ans: main/poignet gauche (ou non dominant). Prématurés et nouveau-né: genou (examen spécial). Peut requérir en complément un examen du squelette et une IRM pour l'hypothalamus et la fosse pituitaire (examen spécial). Age osseux dentaire peut être utile chez le prématuré.	I
Hanche irritable <b>M18</b>	US	Indiqué [B]	L'échographie délimite les épanchements, qui peuvent être aspirés à des fins diagnostiques et thérapeutiques. Les radiographies seront pratiquées si les symptômes persistent. Envisager l'IRM lorsque la maladie de Perthes est suspectée alors que les radiographies sont normales.	0
	Rx	Non indiqué initialement [C]		I
Claudication <b>M19</b>	Rx	Non indiqué initialement [B]	Détection de liquide intra-articulaire dans le cadre de l'examen clinique.	I
	IRM	Examen spécial [C]		0
	US	Examen spécial [C]		0
Douleur osseuse focalisée <b>M20</b>	Rx	Indiqué [B]	Les radiographies peuvent être normales dans un premier temps. L'échographie est particulièrement utile en cas d'ostéomyélite. Rx examen initial. Rx examen initial. Technique de plus en plus utilisée.	I
	US	Indiqué [C]		0
	IRM	Examen spécial [C]		0

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Ressauts de la hanche  <b>M21</b>	US	Indiqué [A]	Des radiographies peuvent compléter l'échographie ou la remplacer lorsque les compétences requises ne sont pas disponibles sur place. Une radiographie est indiquée chez l'enfant de plus de 4 mois.	0
Maladie d'Osgood-Schlatter  <b>M22</b>	Rx  US	Non indiqué en routine [C]  Examen spécial [C]	Bien que visibles à la Rx, les modifications osseuses dues à la maladie d'Osgood-Schlatter, peuvent apparaître comme normales. La tuméfaction associée des tissus mous doit être évaluée de manière clinique plutôt que radiologique. Peut montrer la lésion tendineuse.	0
<b>Cardiothoracique</b>				
Infection pulmonaire aiguë  <b>M23</b>	Rx thorax	Indiqué habituellement [C]	Des clichés initiaux et de surveillance sont indiqués en présence de signes ou de symptômes cliniques persistants ou chez l'enfant gravement malade. Envisager une Rx en cas de fièvre d'origine inconnue. Les enfants peuvent en effet développer une pneumonie sans signes cliniques.	I
Toux productive chronique  <b>M24</b>	Rx thorax	Non indiqué initialement [C]	Une Rx de suivi systématique n'est pas nécessaire à moins d'une atelectasie observée sur le premier cliché. Exclure mucoviscidose.	I
Corps étranger inhalé (suspicion) (voir section K) <b>M26</b>	Rx thorax	Indiqué [B]	L'anamnèse manque souvent de clarté. Même si la Rx est normale, la bronchoscopie est indiquée. Le CT peut être utile pour montrer une légère rétention d'air.	I
Respiration sibilante  <b>M27</b>	Rx thorax	Non indiqué en routine [B]	Rx thorax généralement normale chez l'enfant asthmatique, hormis l'épaississement de la paroi bronchique. En cas de respiration sibilante subite et inexplicée, pratiquer une Rx: l'inhalation d'un corps étranger peut être en cause (voir ci-dessus).	I
Stridor aigu  <b>M28</b>	Rx tissus mous du cou	Non indiqué en routine [B]	L'épiglottite est diagnostiquée cliniquement. Envisager la présence d'un corps étranger (voir ci-dessus). L'imagerie est indiquée dans le stridor chronique.	I
Souffle cardiaque  <b>M29</b>	Rx thorax  US	Non indiqué en routine [C]		I/  0
<b>Système Gastro-intestinal</b>				
Invagination intestinale aiguë  <b>M30</b>	Rx abdomen  Rx contraste positif ou négatif US	Indiqué [A]	Diagnostic et traitement	II/II  0
Ingestion de corps étranger (voir section K)  <b>M31</b>	Rx abdomen  Rx thorax, y inclus le cou	Non indiqué en routine [C]  Indiqué [B]	Hormis pour les corps étrangers acérés ou potentiellement toxiques (piles, par ex.). Voir section K. Si l'évaluation du corps étranger n'est pas certaine, pratiquer éventuellement une ASP au bout de 6 jours.	II

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Traumatisme abdominal mineur  <b>M32</b>	Rx abdomen	Non indiqué en routine [B]	L'échographie peut convenir en première intention mais la CT est plus spécifique, en particulier dans les traumatismes viscéraux. Les radiographies, quant à elles, peuvent révéler une lésion osseuse quant le traumatisme est grave. Les principes d'investigation des traumatismes majeurs de l'adulte restent valables pour l'enfant (voir Traumatisme majeur, K40-K42).	II
	US	Non indiqué en routine [B]		0
	CT	Examen spécial [B]		II
Vomissement en jet <b>M33</b>	US	Indiqué [A]	L'échographie peut confirmer une sténose hypertrophique du pylore, surtout lorsque l'examen clinique est peu concluant.	0
Vomissements chroniques <b>M34</b>	Rx contraste tube digestif supérieur	Non indiqué en routine [C]	Sauf en cas de vomissement bilieux. Ce symptôme englobe toute une gamme d'affections, de l'occlusion néonatale au reflux gastro-œsophagien en passant par les régurgitations et la migraine. L'échographie peut aider à confirmer une malrotation. Cependant, un TOGD peut être indiqué pour exclure une malrotation, même lorsque l'abdomen est normal à la radiographie. Chez le nouveau-né, l'examen de contraste doit être pratiqué comme un examen spécial.	II
Ictère néonatal persistant <b>M35</b>	US	Indiqué [B]	Une investigation précoce (à moins de 10 semaines) et rapide est primordiale. L'absence de dilatation dans le canal biliaire intra-hépatique n'exclut pas une cholangiopathie obstructive.	0 II
Rectorragie <b>M36</b>	Imagerie médicale	Examen spécial [C]		I
Douleurs abdominales aiguës <b>M37</b>	US	Examen spécial [C]		0
Constipation  <b>M38</b>	Rx abdomen	Non indiqué en routine [C]	Une quantité importante de matières fécales peut être visualisée chez de nombreux enfants sains; il est impossible d'évaluer la pertinence des images radiologiques. Un ASP peut toutefois aider les spécialistes en cas de constipation rebelle. Envisager la maladie de Hirschsprung	Ii
	Lavement baryté	Non indiqué en routine [B]		II
Masse abdominale/pelvienne palpable <b>M39</b>	US  Rx abdomen	Indiqué [C]	S'il y a suspicion de malignité, effectuer d'autres examens d'imagerie.	0

Problème Clinique	Investigation	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Uroradiologie</b>				
<i>Enurésie</i>  Incontinence urinaire  <b>M40</b>	Imagerie  US  Rx col lombosacré UIV  CT/IRM	Non indiqué habituellement [B] Indiqué [B] Indiqué [B] Non indiqué initialement [B] Examen spécial [B]	Une échographie ainsi que des examens urodynamiques peuvent être nécessaires en cas d'enurésie persistante.  En cas de signes neurologiques.  Duplication ? Etopie ? Avantageusement remplacé par Uro RM.  CT/IRM peuvent être utiles pour le diagnostic de dysplasie rénale, etc.	<b>0</b>        <b>0</b>        <b>0</b>        <b>0</b>
Testicule impalpable  <b>M41</b>	US  IRM	Indiqué [B] Examen spécial [C]	Pour localiser un testicule inguinal.  L'IRM peut aider à repérer un testicule intra-abdominal.	<b>0</b>  <b>0</b>
Diagnostic prénatal de dilatation des voies urinaires <b>M42</b>	US	Indiqué [B]	Lorsque la dilatation est peu importante, elle peut normalement être surveillée par échographie.	<b>0</b>
Infection urinaire avérée  <b>M43</b>	Imagerie  US	Examen spécial [C]		<b>0</b>

## **Annexe 2**

### Accord National Médico-Mutualiste

En annexe 2 se trouve l'évolution des volumes et des dépenses de 5 classes de médicaments dans le secteur ambulatoire pour lesquelles existent des recommandations.

Pour les antibiotiques et les antihypertenseurs, la Commission nationale médico-mutualiste s'est engagées à réaliser, dans les plus brefs délais, une rupture de tendance dans le comportement prescripteur (voir point 4.3.1 et 4.3.2 de l'Accord National Médico-Mutualiste).

**Tableau 1:** présente les évolution des volumes et des dépenses ambulatoires entre 1999 et 2003 pour 5 classes de médicaments pour lesquelles existent des recommandations (voir tab 2).

Evolution entre 2999 et 2002 ou entre 1999 et 2003	Les données portent sur la période de 1999 à 2003 au sein de laquelle 2003 a été extrapolé à partir des 5 premiers mois de 2003; pour les antibiotiques qui présentent un caractère saisonnier, la période 1999 à 2002 a été retenue.
Classe ATC	Le "WHO-Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology" a établi un système de classification des médicaments, l'" <b>Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC)</b> ". A chaque principe actif un numéro ATC est octroyé, ce qui lui confère une place unique dans la classification.
DDD	Un autre élément est également lié à la classification ATC. On a établi pour chaque principe actif une unité d'étalonnage. Elle est appelée Dose Moyenne Journalière (DDD en abréviation de l'anglais). Cette dose journalière moyenne est établie en prenant en considération la dose journalière usuelle du médicament utilisé dans sa principale indication chez un adulte.
Net/DDD 2002	Le prix net moyen par DDD de l'intervention de l'INAMI pour les produits de ce groupe de médicaments.

**Tableau 2:** présente les références des recommandations pour l'utilisation des différentes classes de médicaments à consulter sur le site web de l'INAMI ([http://inami.fgov.be/care/fr/médecins/sous réunions de consensus et sous feedback antibiotiques](http://inami.fgov.be/care/fr/médecins/sous_réunions_de_consensus_et_sous_feedback_antibiotiques)).

**Tableau 3:** présente la part en pourcentage en 2003 des génériques et des copies par rapport au volume total de médicaments prescrits de ce groupe.

**Tableau 4:** décrit quel pourrait être l'impact financier en cas d'une modification du comportement de prescription sans diminution des volumes. Les simulations sont basées sur les recommandations mais également sur la situation réelle en Belgique.

**TAB 1: Les évolutions des volumes et des dépenses ambulatoires pour 5 classes de médicaments pour lesquelles existent des recommandations (voir tab 2)**

Classe ATC	ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE	DDD 1999	DDD 2002	% 1999-2002 DDD	NET 1999	NET 2002	% 1999-2002 NET	NET/ DDD 2002
J01CA	PENICILLINES A LARGE SPECTRE	15.464.347	13.484.817	-12,80 %	21.004.021	13.857.917	-34,02 %	1,03
J01CR	ASSOCIATIONS. DE PENICILLINES, INHIB. DE LA BETA-LACTAMASE INCLUS	19.759.209	21.326.085	7,93 %	38.140.990	28.139.402	-26,22 %	1,32
J01C	ANTIBIOTIQUES BETA-LACTAMES, PENICILLINES	36.917.073	36.415.376	-1,38 %	62.895.892	45.449.525	-27,74 %	1,25
J01D	AUTRES ANTIBIOTIQUES BETA-LACTAMES	15.574.759	12.794.872	-17,85 %	31.385.645	22.065.225	-29,70 %	1,72
J01F	MACROLIDES, LINCOSANIDES ET STREPTOGRAMINES	13.822.220	12.230.804	-11,51 %	35.555.493	32.484.913	-8,64 %	2,66
J01MA12	LEVOFLOXACINE	0	3.813.133		0	7.097.156		1,86
J01MA14	MOXIFLOXACINE	0	1.423.737		0	5.400.969		3,79
J01M	QUINOLONES	7.776.673	12.041.075	54,84 %	24.896.393	32.061.244	28,78 %	2,66
<b>TOTAL J01</b>	<b>ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE</b>	<b>97.197.107</b>	<b>92.011.008</b>	<b>-5,34 %</b>	<b>174.422.412</b>	<b>145.854.783</b>	<b>-16,38 %</b>	<b>1,59</b>

CLASSE ATC	PRODUITS ACTIFS SUR LE SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE	DDD 1999	DDD 2003	% 1999-2003 DDD	NET 1999	NET 2003	% 1999-2003 NET	NET/ DDD 2003
C09A	INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (ECA), SIMPLES	129.178.165	159.879.903	23,77 %	64.537.603	53.449.157	-17,18 %	0,33
C09B	INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (ECA), ASSOC.	12.218.028	16.235.777	32,88 %	10.342.978	10.535.159	1,86 %	0,65
C09C	ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, SIMPLES	26.126.352	105.328.729	303,15 %	20.084.294	54.145.626	169,59 %	0,51
C09D	ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, ASSOCIATIONS	302.909	24.637.363	8.033,60 %	243.977	18.893.941	7.644,13 %	0,77
<b>TOTAL C09</b>	<b>PRODUITS ACTIFS SUR LE SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE</b>	<b>167.825.454</b>	<b>306.081.773</b>	<b>82,38 %</b>	<b>95.208.853</b>	<b>137.023.882</b>	<b>43,92 %</b>	<b>0,45</b>

CLASSE ATC	PREPARATIONS CONTE L'ULCERE PEPTIQUE ET LE REFLUX	DDD 1999	DDD 2003	% 1999-2003 DDD	NET 1999	NET 2003	% 1999-2003 NET	NET/ DDD 2003
A02BA	ANTIHISTAMINIQUES H2	14.570.445	36.601.481	151,20 %	18.467.144	19.709.982	6,73 %	0,54
A02BB	PROSTAGLANDINES	343	916	166,92 %	493	1.154	133,88 %	1,26
A02BC	INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS	45.012.772	103.709.346	130,40 %	77.565.774	128.225.754	65,31 %	1,24
A02BX	AUTRES PREPARATIONS CONTRE L'ULCERE PEPTIQUE ET LE REFLUX	12.927	4.025	-68,87 %	11.720	3.442	-70,64 %	0,86
	omeprazol générique							0,75
	ranitidine originale ou générique ou cimetidine générique							0,58
<b>TOTAL A02B</b>	<b>PREPARATIONS CONTRE L'ULCERE PEPTIQUE ET LE REFLUX</b>	<b>59.596.487</b>	<b>140.315.768</b>	<b>135,44 %</b>	<b>96.045.132</b>	<b>147.940.331</b>	<b>54,03 %</b>	<b>1,05</b>

CLASSE ATC	HYPOCHOLESTEROLEMIANTS ET REDUCTEURS DES TRIGLYCERIDES	DDD 1999	DDD 2003	% 1999-2003 DDD	NET 1999	NET 2003	% 1999-2003 NET	NET/ DDD 2003
C10AA	INHIBITEURS DE LA HMG-CoA REDUCTASE	108.484.727	243.016.182	124,01 %	94.065.800	167.488.312	78,05 %	0,69
C10AB	FIBRATES	67.548.479	70.738.446	4,72 %	24.883.862	18.386.764	-26,11 %	0,26
C10AC	COMPLEXANTS D'ACIDES BILIAIRES	369.403	315.398	-14,62 %	620.933	512.606	-17,45 %	1,63
C10AD	ACIDE NICOTINIQUE ET DERIVES	181.844	118.068	-35,07 %	103.571	67.993	-34,35 %	0,58
<b>TOTAL C10A</b>	<b>HYPOCHOLESTEROLEMIANTS ET REDUCTEURS DES TRIGLYCERIDES</b>	<b>176.584.453</b>	<b>314.190.093</b>	<b>77,93 %</b>	<b>119.674.167</b>	<b>186.455.675</b>	<b>55,80 %</b>	<b>0,59</b>

CLASSE ATC	SYMPATHOMIMETIQUES, PAR INHALATION + GLUCOCORTICOIDES	DDD 1999	DDD 2003	% 1999-2003 DDD	NET 1999	NET 2003	% 1999-2003 NET	NET/ DDD 2003
R03AB	BETA SYMPATHOMIMETIQUES NON SELECTIFS	2.718	0	-100,00 %	254	0	-100,00 %	
R03AC	BETA 2 SYMPATHOMIMETIQUES SELECTIFS	51.382.548	35.370.291	-31,16 %	17.701.395	15.069.282	-14,87 %	0,43
R03AK06	SALMETEROL AVEC AUTRES SUBST. POUR AFFECTIONS RESP. OBSTRUCTIVES	0	25.930.036		0	43.368.155		1,67
R03AK07	FORMOTEROL AVEC AUTRES SUBST. POUR AFFECTIONS RESP. OBSTRUCTIVES	0	9.601.017		0	16.183.396		1,69
R03AK	SYMPATHOMIMETIQUES AVEC AUTRES SUB. POUR AFFECT. RESP. OBSTRUCTIVES	40.673.020	78.190.798	92,24 %	12.463.310	76.715.092	515,53 %	0,98
R03BA	GLUCOCORTICOIDES	57.792.967	32.172.850	-44,33 %	59.839.543	26.062.904	-56,45 %	0,81
<b>TOTAL R03A + R03BA</b>	<b>SYMPATHOMIMETIQUES, PAR INHALATION + GLUCOCORTICOIDES</b>	<b>149.851.254</b>	<b>138.667.997</b>	<b>-7,46 %</b>	<b>90.004.502</b>	<b>117.847.278</b>	<b>30,93 %</b>	<b>0,85</b>

**TAB 2: Les références des recommandations pour l'utilisation des différentes classes de médicaments à consulter sur le site web de l'INAMI (<http://inami.fgov.be/care/fr/médecins/sous réunitons de consensus et sous feedback antibiotiques>)**

Classe ATC	Dénomination	Recommandations (voir <a href="http://riziv.fgov.be/care/fr/doctors/sous réunion de consensus et feedback antibiotiques">http://riziv.fgov.be/care/fr/doctors/sous réunion de consensus et feedback antibiotiques</a> )
J01CA	PENICILLINES A LARGE SPECTRE	- messages scientifiques du Feedbac AB généralistes - Conseil national de la Promotion de la Qualité (CNPQ) (mai 2003)  - messages scientifiques du Feedback AB pédiatres, ORL, urologues et pneumologues - Plate-forme de Qualité AB spécialistes du CNPQ (nov. 2003)  - rapport du jury réunion de consensus "L'usage adéquat des antibiotiques en cas d'infections aiguës oto-rhino-laryngologiques ou respiratoires inférieures" - 17 octobre 2000  - rapport du jury réunion de consensus "L'usage adéquat des antibiotiques en cas d'entérite aiguë et d'infections urogénitales aiguës dans la pratique ambulatoire" - 24 octobre 2001
J01CR	ASSOCIATIONS DE PENICILLINES, INHIB. DE LA BÉTALACTAMASE INCLUS	
J01C	ANTIBIOTIQUES BÉTA-LACTAMES, PENICILLINES	
J01D	AURES ANTIBIOTIQUES BÉTA-LACTAMES	
J01F	MACROLIDES, LINCOSANIDES ET STREPTOGRAMINES	
J01MA12	LEVOFLOXACINE	
J01MA14	MOXIFLOXACINE	
J01M	QUINOLONES	
<b>TOTAL J01</b>	<b>ANTIBACTÉRIENS A USAGE SYSTEMIQUE</b>	
C09A	INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (ECA), SIMPLES	- rapport du jury réunion de consensus "La place des médicaments dans le traitement de l'hypertension" - 26 octobre 1999  - messages scientifiques des experts de la Plate-forme de Qualité Antihypertenseurs vers les médecins généralistes et spécialistes du CNPQ (prévu début 2004)
C09B	INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (ECA), ASSOC.	
C09C	ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, SIMPLES	
C09D	ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, ASSOCIATIONS	
<b>TOTAL C09</b>	<b>PRODUITS ACTIFS SUR LE SYSTEME RENNE-ANGIOTENSINE</b>	
A02BA	ANTIHISTAMINIQUES H2	- rapport du jury réunion de consensus "L'usage adéquat des inhibiteurs d'acide dans le reflux gastro-œsophagien et la dyspepsie" - 15 mai 2003
A02BB	PROSTAGLANDINES	
A02BC	INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS	
A02BX	AUTRES PREPARATIONS CONTRE L'ULCERE PEPTIQUE ET LE REFLUX	
	omeprazol générique	
	ranitidine originale ou générique ou cimetidine générique	
<b>TOTAL A02B</b>	<b>PREPARATIONS CONTRE L'ULCERE PEPTIQUE ET LE REFLUX</b>	
C10AA	INHIBITEURS DE LA HMG-COA REDUCTASE	- rapport du jury réunion de consensus "L'usage adéquat des médicaments hypolipidémiant" - 28 mai 2002
C10AB	FIBRATES	
C10AC	COMPLEXANTS D'ACIDES BILIAIRES	
C10AD	ACIDE NICOTINIQUE ET DERIVES	
<b>TOTAL C10A</b>	<b>HYPOCHOLESTEROLEMIANTS ET REDUCTEURS DES TRIGLYCERIDES</b>	
R03AB	BÉTA SYMPATHOMIMÉTIQUES NON SÉLECTIFS	- rapport du jury réunion de consensus "L'usage adéquat des médicaments dans l'asthme" - 27 mars 2001
R03AC	BÉTA 2 SYMPATHOMIMÉTIQUES SÉLECTIFS	
R03AK06	SALMETEROL AVEC AUTRES SUBST. POUR AFFECTIONS RESP. OBSTRUCTIVES	
R03AK07	FORMOTEROL AVEC AUTRES SUBST. POUR AFFECTIONS RESP. OBSTRUCTIVES	
R03AK	SYMPATHOMIMÉTIQUES AVEC AUTRES SUB. POUR AFFECT. RESP. OBSTRUCTIVES	
R03BA	GLUCOCORTICOIDES	
<b>TOTAL R03A + R03BA</b>	<b>SYMPATHOMIMÉTIQUES, PAR INHALATION + GLUCOCORTICOIDES</b>	



**TAB 3: Part des génériques et copies (DDD)**

Classe ATC	Dénomination	pourcentage des génériques et copies en 2002 (DDD)
<b>TOTAL J01</b>	<b>ANTBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE</b>	
		<b>13,68 %</b>
		pourcentage des génériques et copies en 2003 (DDD)
<b>TOTAL C09</b>	<b>PRODUITS ACTIFS SUR LE SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE</b>	<b>167.825.454</b>
		<b>9,28 %</b>
<b>TOTAL A02B</b>	<b>PREPARATIONS CONTRE L'ULCERE PEPTIQUE ET LE REFLUX</b>	<b>59.596.487</b>
		<b>31,27 %</b>
<b>TOTAL C10A</b>	<b>HYPOCHOLESTEROLEMIANTS ET RÉDUCTEURS DES TRIGLYCERIDES</b>	<b>176.584.453</b>
		<b>0,11 %</b>
<b>TOTAL R03A+R03BA</b>	<b>TAB 3: SYMPATHOMIMETIQUES, PAR INHALATION + GLUCOCORTICOIDES</b>	<b>149.851.254</b>
		<b>0,91 %</b>

Attention: chiffres de 2003 = extrapolation sur base des chiffres des 5 premiers mois.

**TAB 4: L'impact financier en cas d'une modification du comportement de prescription sans diminution des volumes**

Classe ATC	ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE	DDD 1999	DDD 2002	NET 1999	NET 2002	NET/ DDD 2002	PROPOSITION	INCIDENCE BUDGETAIRE (net)
J01CA	PENICILLINES A LARGE SPECTRE	15.464.347	13.484.817	21.004.021	13.857.917	1,03	+13 million DDD	13.359.686
J01CR	ASSOCIATIONS. DE PENICILLINES, INHIB. DE LA BETA-LACTAMASE INCLUS	19.759.209	21.326.085	38.140.990	28.139.402	1,32	-10 million DDD	-13.194.828
J01C	ANTIBIOTIQUES BETA-LACTAMES, PENICILLINES	36.917.073	36.415.376	62.895.892	45.449.525	1,25		
J01D	AUTRES ANTIBIOTIQUES BETA-LACTAMES	15.574.759	12.794.872	31.385.645	22.065.225	1,72		
J01F	MACROLIDES, LINCOSANIDES ET STREPTOGRAMINES	13.822.220	12.230.804	35.555.493	32.484.913	2,66		
J01MA12	LEVOFLOXACINE	0	3.813.133	0	7.097.156	1,86	-1,5 million DDD	-2.791.860
J01MA14	MOXIFLOXACINE	0	1.423.737	0	5.400.969	3,79	-1,5 million DDD	-5.690.274
J01M	QUINOLONES	7.776.673	12.041.075	24.896.393	32.061.244	2,66		
<b>TOTAL J01</b>	<b>ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE</b>	<b>97.197.107</b>	<b>92.011.008</b>	<b>174.422.412</b>	<b>145.854.783</b>	<b>1,59</b>		

-8.317.275

CLASSE ATC	PRODUITS ACTIFS SUR LE SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE	DDD 1999	DDD 2003	NET 1999	NET 2003	NET/ DDD 2003	PROPOSITION	INCIDENCE BUDGETAIRE (net)
C09A	INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (ECA), SIMPLES	129.178.165	159.879.903	64.537.603	53.449.157	0,33	+15 million DDD	5.014.622
C09B	INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (ECA), ASSOC.	12.218.028	16.235.777	10.342.978	10.535.159	0,65	+5 million DDD	3.244.427
C09C	ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, SIMPLES	26.126.352	105.328.729	20.084.294	54.145.626	0,51	-15 million DDD	-7.710.948
C09D	ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II, ASSOCIATIONS	302.909	24.637.363	243.977	18.893.941	0,77	-5 million DDD	-3.834.408
<b>TOTAL C09</b>	<b>PRODUITS ACTIFS SUR LE SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE</b>	<b>167.825.454</b>	<b>306.081.773</b>	<b>95.208.853</b>	<b>137.023.882</b>	<b>0,45</b>		<b>-3.286.307</b>

CLASSE ATC	PREPARATIONS CONTE L'ULCERE PEPTIQUE ET LE REFLUX	DDD 1999	DDD 2003	NET 1999	NET 2003	NET/ DDD 2003	PROPOSITION	INCIDENCE BUDGETAIRE (net)
A02BA	ANTI-HISTAMINIQUES H2	14.570.445	36.601.481	18.467.144	19.709.982	0,54		
A02BB	PROSTAGLANDINES	343	916	493	1.154	1,26		
A02BC	INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS	45.012.772	103.709.346	77.565.774	128.225.754	1,24	-30 million DDD	-37.091.861
A02BX	AUTRES PREPARATIONS CONTRE L'ULCERE PEPTIQUE ET LE REFLUX	12.927	4.025	11.720	3.442	0,86		
	omeprazol générique					0,75	+15 million DDD	11.319.643
	ranitidine originale ou générique ou cimetidine générique					0,58	+15 million DDD	8.635.714
<b>TOTAL A02B</b>	<b>PREPARATIONS CONTRE L'ULCERE PEPTIQUE ET LE REFLUX</b>	<b>59.596.487</b>	<b>140.315.768</b>	<b>96.045.132</b>	<b>147.940.331</b>	<b>1,05</b>		<b>-17.136.504</b>

CLASSE ATC	TAB 4: SYMPATHOMIMETIQUES, PAR INHALATION + GLUCOCORTICOIDES	DDD 1999	DDD 2003	NET 1999	NET 2003	NET/ DDD 2003	PROPOSITION	INCIDENCE BUDGETAIRE (net)
R03AB	BETA SYMPATHOMIMETIQUES NON SELECTIFS	2.718	0	254	0			
R03AC	BETA 2 SYMPATHOMIMETIQUES SELECTIFS	51.382.548	35.370.291	17.701.395	15.069.282	0,43		
R03AK06	SALMETEROL AVEC AUTRES SUBST. POUR AFFECTIONS RESP. OBSTRUCTIVES	0	25.930.036	0	43.368.155	1,67		
R03AK07	FORMOTEROL AVEC AUTRES SUBST. POUR AFFECTIONS RESP. OBSTRUCTIVES	0	9.601.017	0	16.183.396	1,69		
R03AK	SYMPATHOMIMETIQUES AVEC AUTRES SUB. POUR AFFECT. RESP. OBSTRUCTIVES	40.673.020	78.190.798	12.463.310	76.715.092	0,98	-18 million DDD	-17.660.283
R03BA	GLUCOCORTICOIDES	57.792.967	32.172.850	59.839.543	26.062.904	0,81		
	SPEC. ORIG. NEBULISATION INHAL. CORT.					3,70		
	SPEC. ORIGIN. INHAL. CORT.					0,50	+6 million DDD	3.000.000
	CORTICOIDES EN INHALATION GENERIQUES					0,40		
	BETAMIMETIQUES INHAL. A LONGUE DUREE D'ACTION					0,90	+12 million DDD	10.800.000
	BETAMIMETIQUES INHAL. A COURTE DUREE D'ACTION					0,10	+6 million DDD	600.000
<b>TOTAL R03A + R03BA</b>	<b>SYMPATHOMIMETIQUES, PAR INHALATION + GLUCOCORTICOIDES</b>	<b>149.851.254</b>	<b>138.667.997</b>	<b>90.004.502</b>	<b>117.847.278</b>	<b>0,85</b>		<b>-3.260.283</b>

**INCIDENCE BUDGETAIRE TOTALE**

**-32.000.369**

Attention: chiffres de 2003 extrapolation sur base des chiffres des 5 premiers mois