

Unité du rachis

future modèle de la prise en charge
de la pathologie rachidienne?

Prof Everard Munting MD PhD

Clinique saint Pierre, Ottignies

Vice-président SSBe

Past Secretary Eurospine

Contexte

- La pathologie de la colonne vertébrale est une des principales causes d'absentéisme au travail
- ... après le stress et les conditions de travail... qui se traduisent souvent par des maux de dos...
- Le traitement des lombalgies est sans doute un des domaines les plus controversés en médecine...
- Les indications des traitement chirurgicaux des lombalgies sont parmi les plus controversées entre spécialistes de différents disciplines... et entre chirurgiens !



Les problèmes

- Croissance exponentielle du coût des soins et du coût social de la pathologie rachidienne
- Manque de consensus pour les traitements
- Résultats trop aléatoires : non réponse aux R/
- Complications trop fréquentes: 'failed back'
- Croyances tenaces dans le public
- Exigence de résultats immédiats
- Exigence de solution apportée par le soignant
- Litiges et indemnisations



Les intervenants

Un modèle simple ?...

- Les patients
- Les thérapeutes
- Les organismes finançant
- Mais aussi : les politiques, l'industrie, la société en général !



Les intervenants : les patients

Un modèle simple ?... Mais il y a aussi :

- Les co-morbidités, les antécédents, la psychologie
- Les proches : famille, amis, connaissances...
- L'employeur, le chef, les collègues...
- Le contexte social : formation, emploi, conditions de travail, stress...
- Le contexte pathologique : accident, accident de travail, maladie...
- Statut financier, assurances



Les intervenants : les thérapeutes

Un modèle simple ?...

- Multiples thérapeutes: médecins, non médecins, charlatans
- Multiples modalités de traitements, conservateurs, chirurgicaux, médicamenteux, physiques, efficacité documentée (médecine factuelle) ou non...
- Manque complet de consensus : avis divergents, compétences variables...



Les intervenants : les financeurs

Un modèle simple ?...

- SPF Santé
- INAMI
- Mutuelles et leur assurances complémentaires
- Assurances privées
- Assurances du travail
- Chômage
- Et... le patient !



Les intervenants... occultes !

- **Les politiques et les partis politiques**
 - Satisfaire les électeurs
 - Actions à court terme, négligence du long terme
 - Assurer les finances
 - Instaurer des règles
 - Assurer la SECURITE
- **L'industrie**
 - Médicaments
 - Implants
 - Outils
 - Appareillages diagnostiques
 - Les vrais besoins... et les besoins créés !
- **Les avocats**
 - La juste indemnisation
 - L'inacceptation des aléas, la recherche de responsables (coupables)...

I have a dream !

**Que le patient souffrant de pathologie vertébrale
bénéficie de la même prise en charge,
quelque soit le thérapeute consulté :**

médecin généraliste, kinésithérapeute, ostéopathe,
physiatre, physiothérapeute, rhumatologue,
algologue, neurologue, neurochirurgien,
chirurgien orthopédiste...





SPINE SOCIETY Belgium
SSBe

Société scientifique de médecins réunissant les
médecins impliqués dans la prise en charge
de la pathologie du rachis

- Chirurgiens orthopédistes
- Neurochirurgiens
- Spécialistes en médecine physique et réadaptation

Néerlandophones et Francophones

SSBe : Historique

- Fondé en 2012
- Comité de direction de 4 membres
- Conseil d'administration de 12 membres et 6 suppléants représentant *également* les 3 spécialités et 2 langues nationales



Objectifs de la SSBe

Article 3 - But

L'association sans but lucratif a pour but :

De constituer un **organe représentatif** pour les médecins-spécialistes belges actifs dans le traitement d'affections liées à la colonne vertébrale.

Cette représentation est entre autres valable vis-à-vis des autorités belges, tant fédérales que régionales, des organismes para-étatiques, tout comme des sociétés d'assurance, associations internationales et nationales professionnelles et scientifiques, ainsi que de toutes les parties en général impliquées directement ou indirectement dans le but social de l'asbl.



Objectifs de la SSBe

Article 3 - But

L'association sans but lucratif a pour but :

- ... déployer des directives nationales...
- ... concevoir et déployer un registre national des méthodes de traitement.... l'évaluation des résultats du point de vue du patient ...
- ... former une plateforme pour faciliter un enseignement de haute qualité...



Demande du SPF Santé

Réduire globalement les dépenses liées à la pathologie de la colonne vertébrale

Comment ?

- Réduction linéaire (arbitraire) du nombre d'actes ?
- Suppression du remboursement de certains actes ?
- Réduction linéaire (arbitraire) des honoraires ?
- Réduction (imposée) du coût des implants (- 30%)
- Réduction/ suppression de remboursements : imagerie, examens complémentaires, médicaments, orthèses, traitements kiné, physio, alternatifs... ?
- Réduction de la couverture sociale ?
- Alternatives ?



Demande de l'INAMI

Créer un cadre global pour la prise en charge de la pathologie du rachis

- Contenir et réduire le coût des traitements
- Réduire le coût social (invalidation)
- Augmenter l'efficacité
- Diminuer les complications



Proposition de la SSBe

- **Assurer la qualité des traitements**
- Assurer l'accès aux soins
- Instaurer des lignes de conduite, préciser les indications
- Eviter les traitements inutiles
- Moderniser la nomenclature
- Instaurer l'analyse systématique des résultats



Comment atteindre les objectifs ?

- Implémenter des lignes de conduite existantes
 - Sociétés scientifiques, SSBe, KCE...
- Vade mecum : 'Spine hand book'
- Unité du rachis : prise en charge multi-disciplinaire
- 'Peer review'
- Registre des Interventions et résultats (PROM's)
- Rédiger une nomenclature moderne et transparente
- Stratégie d'implémentation des nouvelles techniques
- Détection des 'outliers'



1. Moderniser la nomenclature des traitements chirurgicaux de la colonne vertébrale

- A enveloppe fermée
- Adaptée aux traitements actuels
- Permettre une identification exacte des gestes posés
- Rétribuer en fonction de la difficulté, de la durée, de la technicité du geste
- Prévenir la fraude par une juste rétribution



Nomenclature

- Par consensus, Ortho / Neurochir
- Identification claire des gestes faits et de l'étendue du geste
- Honoraires en fonction de la durée, de la difficulté et des risques
- Ne favorise pas une ou l'autre technique pour une situation donnée

Nomenclature

- Le texte est rédigé
- Passe les fourches caudines des diverses commissions techniques et financières
- Evaluation du coût par rapport aux données actuelles des mutuelles

Enveloppe fermée

2. Lignes de conduite

- Pour les principales pathologies dégénératives
- Fonction des symptômes : axial, périphérique
- Basée sur les recommandations du NICE
(National Institute for Health and Care Excellence)
- Adapté pour la Belgique (Why...?)
- Rédaction terminée après consensus
- <https://www.nice.org.uk/guidance>

3. Définir et créer les unités du rachis

... destinées au diagnostic, à la prise en charge thérapeutique multidisciplinaire, incluant la revalidation, et le suivi des patients présentant une pathologie vertébrale, ceci en accord avec les lignes de conduite internationales et nationales...

Unité du Rachis

- Composition
- Vade-mecum
- Consultations multidisciplinaires
- Consultations monodisciplinaires
- Cadre et infrastructure

Unité du rachis : composition

- Toutes les disciplines présentes au sein de l'hôpital, impliquées dans la prise en charge de patients présentant une pathologie de la colonne vertébrale, doivent être impliquées dans l'unité du rachis.
- Expertise, cadre médical et non médical défini
- Disposition approuvées par le Conseil Médical

Normes de qualité et de fonctionnement

Vade-mecum du rachis

- Multidisciplinaire
- Organisation de la collaboration
- Spécifique à l'hôpital
- Trajet de prise en charge
- Diagnostique
- Thérapeutique
- Suivi et communication

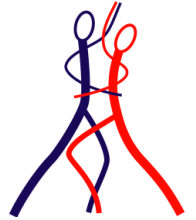
Consultation multidisciplinaire

- Pour les cas complexes
- Indications chirurgicales discutables : rachialgies non spécifiques, arthrodèses lombaire de plus de 3 niveaux sans déformation, plus de 2 interventions au même niveaux, déformations sévère chez l'adulte, drapeaux jaunes ...
- Pour les cas résistants au R/ médical > 6 mois
- Si plus de 4 interventions algologiques
- Neurostimulateurs, pompes...
- Rapport de consultation : Diagnostic, plan de traitement, Suivi médical, statut d'aptitude au travail (adapté)
- Honoraires et N° de consultation spécifique

Registre des cas

- Enregistrement centralisé des cas traités
- Nombre limité de diagnostics
- Données patient (anonymes)
- Diagnostic, traitement, complications
- Traitements chirurgicaux et conservateurs
- Evaluation du résultat par questionnaires validés (PROM's : Patient Reported Outcome Measures)
- Problème du financement...

Utilité ? Validité ?



The Spine Tango A Spine Registry for outcome assessment and evidence gathering

We MUST become able
To justify our treatments in terms of
efficacy, reproducibility, safety and
cost-effectiveness (costs versus benefit)

Value of Scientific proof (RCTs) versus daily practice and outcome

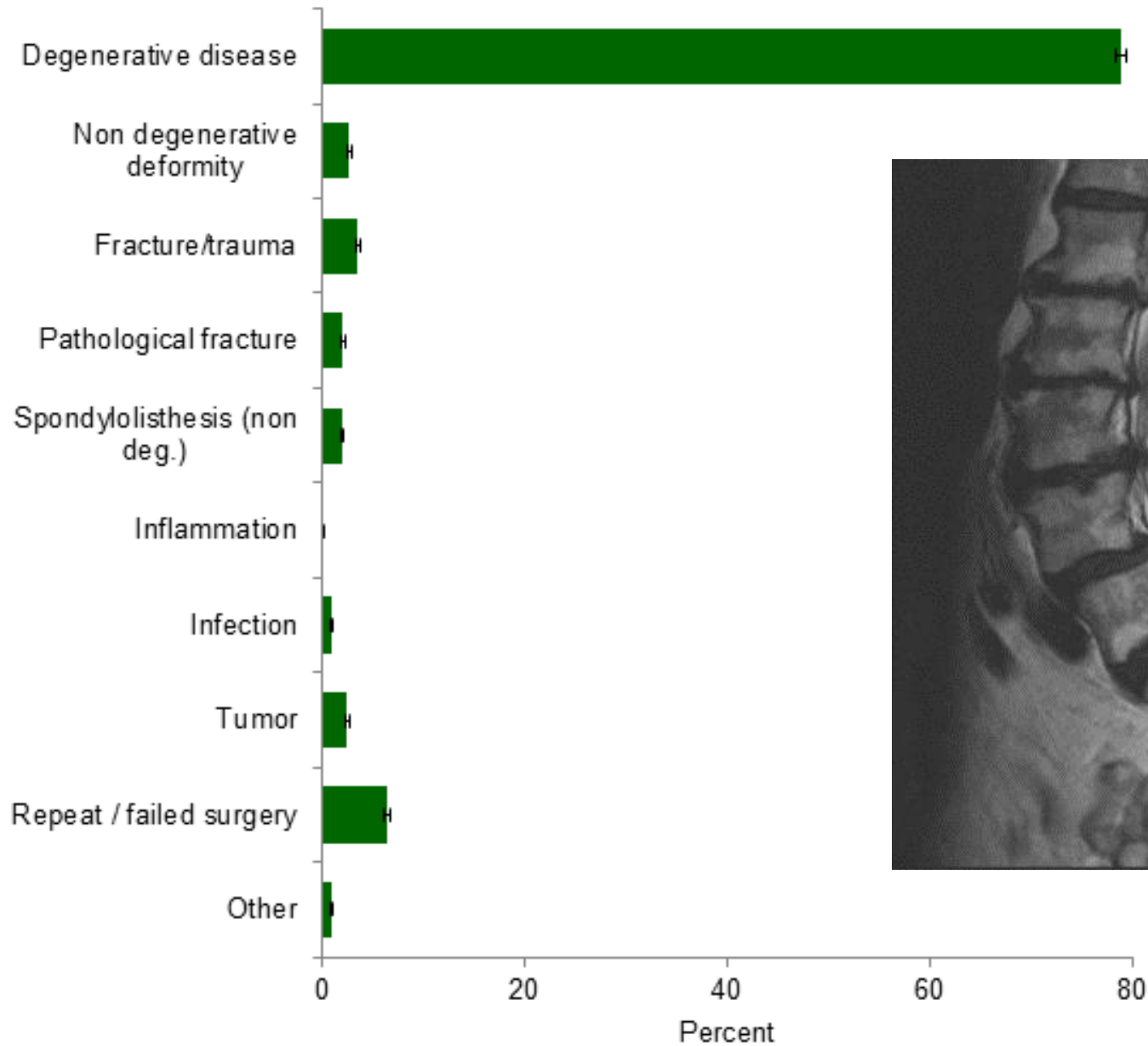
- Valid Scientific proof by RCTs reflects the outcome of a given treatment for a precise situation in a selected population.
- Registers aim to assess outcome of daily practice, regarding generic, commonly accepted/understood diagnosis, in the general population

Is registry based outcome assessment valid ?



"I can prove it or disprove it! What do you want me to do?"

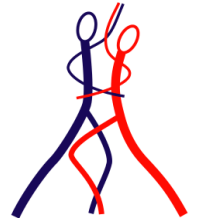
Main pathology distribution in Spine Tango register



■ Form version 2011 (N=19'970)



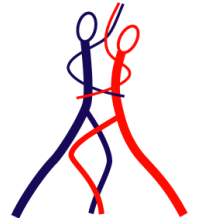
What do we need to know ?



For each patient :

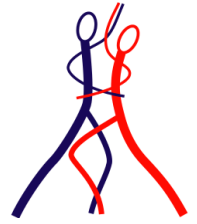
- Demographics
- Clear diagnosis, associated conditions
- Initial status as seen by the health care provider **and** by the patient
- Relevant information about the procedure/treatment
- Complications
- Outcome according to patient and the care provider

What should we show ?



- Analyzed diagnosis
- Analyzed items, related demographics
- Sample size, number of contributors, follow-up rate
- Frequency distribution of treatments
- Frequency distributions of results on outcome scales
- Statistical methods
- Benchmarking

Network Registries

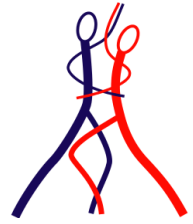


Daily practice assessment by the health care provider *and the patient*
with a same, commonly shared tool

Needs :

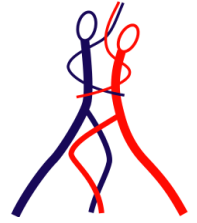
- N° 1 : Strong individual will to do so and honesty !
- Reasonable financial input for data acquisition and follow-up
- Technical prerequisites: central institution for anonymous data collection, Network connection of the participants.
- Content prerequisites : commonly defined and recognized treatment parameters and outcome measurement tools
- Technical solution: Application Service Provider, Internet
- Data form designed by users **Consensus**
- Irrevocably given to the community

Critics against registries



- Various instruments for outcome measurement
- Uncontrolled data input
- Dishonest/negligent participants
- Input selection
- No common language
- Poor follow-up
- Small participation
- Extra work
- Elevated costs
- Data ownership and utilization
- Publication control and author recognition...

Register output
will never be better
than the input !



P.R.O.M.s : Patient reported outcome measures

The results of our treatments as seen and felt **by the patient**

- Many instruments for outcome measurement (SF36, Dallas, Oswestry, COMI, VAS, ...)
- Validated or not
- Validated, *genuine*, translated versions ?
- Specific to anatomical location or general
- More or less relevant, reproducible, sensitive...
- Discriminating clinically relevant differences
- Easy or not to administer, short or long...

The Core Outcome Measures Index

Deyo et al. (1998) Spine 23, 2003-13.

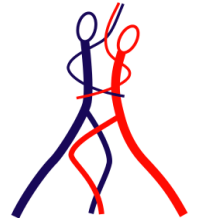
A short, multidimensional outcome instrument

Easy to administer, reliable, valid and sensitive to change

Include the domains : Pain, back specific function, generic health status, work disability, social disability and patient satisfaction

Validated in 10 languages

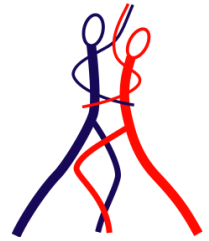
Benefits of Registering all procedures in a network



- To know ***what*** was done
- Assess the ***outcome*** of our treatments
- Know the ***complication rate*** and distribution
- Allow for ***benchmarking*** from a large pool
- Bring evidence for best patient management
- ***Improve*** our personal performance
- ***Monitor*** new procedures / implants
- Real life information for ***Education programs***
- Real life ***information for patients***
- ***Scientific information*** for third parties ...

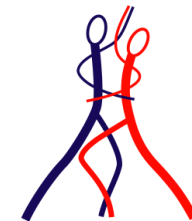
The SSE Spine Tango, What is it?

- **A centralized registry with Internet technology**
- A consistent / compatible registry across the World
- Fully anonymous and highly secure
- Hosted at the Institute for Evaluative Research in Medicine, University of Bern
- Endorsed and partially financed by EuroSpine, the Spine Society of Europe



Institute for Evaluative Research in Medicine of the University of Bern

- IT specialists for maintenance and development of all platforms (several data banks)
- Statisticians and data managers
- Specific Spine Tango (ST) team
development, maintenance, administration,
communication, marketing of the ST, Data analysis,
reports and scientific peer reviewed publications





SPINE TANGO

SURGERY

Directions

- Use a #2 soft pencil for marking.
- Test answers must be entered with the web interface.
- All questions must be answered unless otherwise indicated.
- Completely fill in boxes to record answers.

Question types

☐ only 1 answer allowed
☐ multiple answers allowed
☐ specify

Format
☐ minimal (mandatory questions)
☐ complete

Internal Use Only / Not read by scanner

Last name	First name	Gender
Street		M.R.N.
Country code	Zip code	City
Social security number		Birthdate (DD.MM.YYYY)

Admission / Pathology

Day: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31

Month: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

Main pathology

☐ degenerative disease
☐ non-degen. deformity
☐ fracture/trauma
☐ pathological fracture
☐ spondylolisthesis (non-degen.)
☐ Chiari
☐ infection
☐ tumor
☐ repeat surgery
☐ other: specify

Year: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

Specification of Main Pathology

Only answer questions related to Main Pathology (Main Pathology "other" requires no specification.)

Type of degeneration primary

☐ disc hernia/protrusion
☐ central stenosis
☐ lateral stenosis
☐ foraminal stenosis
☐ degen. disc disease
☐ degen. deformity
☐ degen. spondylolisthesis
☐ other instability
☐ facet joint arthrosis
☐ synovial cyst
☐ SI joint
☐ other

Type of (pathological) fracture/trauma

☐ condylar (C0)
☐ C0/1 dissociation
☐ C1 fracture
☐ C1/2 instability
☐ C2 dens fracture
☐ C2 other fracture
☐ soft tissue injury neck
☐ fracture C3-C7
☐ fracture T1-L5/S1
☐ sacrum fracture
☐ fracture C7-T1

Fracture age

☐ fresh fracture
☐ old fracture

Dens fracture type

☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

Osteoporotic vertebral fractures classification

☐ OF1
☐ OF2
☐ OF3
☐ OF4
☐ OF5

Additional fractures w/different treatments require separate forms

secondary

☐ non
☐ disc hernia/protrusion
☐ central stenosis
☐ lateral stenosis
☐ foraminal stenosis
☐ degen. disc disease
☐ degen. deformity
☐ degen. spondylolisthesis
☐ other instability
☐ myelopathy
☐ facet joint arthrosis
☐ synovial cyst
☐ SI joint
☐ other

C3-L5/S1 AO Fracture type

☐ A0
☐ A1
☐ A2
☐ A3
☐ B1
☐ B2
☐ B3
☐ B4
☐ B5
☐ C
☐ C1
☐ C2
☐ C3
☐ C4
☐ C5
☐ C6
☐ C7
☐ C8
☐ C9
☐ T1
☐ T2
☐ T3
☐ T4
☐ T5
☐ T6
☐ T7
☐ T8
☐ T9
☐ T10
☐ T11
☐ T12
☐ L1
☐ L2
☐ L3
☐ L4
☐ L5
☐ S1
☐ S2
☐ S3
☐ S4
☐ S5
☐ S6
☐ S7
☐ S8
☐ S9
☐ S10
☐ S11
☐ S12
☐ S13
☐ S14
☐ S15
☐ S16
☐ S17
☐ S18
☐ S19
☐ S20
☐ S21
☐ S22
☐ S23
☐ S24
☐ S25
☐ S26
☐ S27
☐ S28
☐ S29
☐ S30
☐ S31
☐ S32
☐ S33
☐ S34
☐ S35
☐ S36
☐ S37
☐ S38
☐ S39
☐ S40
☐ S41
☐ S42
☐ S43
☐ S44
☐ S45
☐ S46
☐ S47
☐ S48
☐ S49
☐ S50
☐ S51
☐ S52
☐ S53
☐ S54
☐ S55
☐ S56
☐ S57
☐ S58
☐ S59
☐ S60
☐ S61
☐ S62
☐ S63
☐ S64
☐ S65
☐ S66
☐ S67
☐ S68
☐ S69
☐ S70
☐ S71
☐ S72
☐ S73
☐ S74
☐ S75
☐ S76
☐ S77
☐ S78
☐ S79
☐ S80
☐ S81
☐ S82
☐ S83
☐ S84
☐ S85
☐ S86
☐ S87
☐ S88
☐ S89
☐ S90
☐ S91
☐ S92
☐ S93
☐ S94
☐ S95
☐ S96
☐ S97
☐ S98
☐ S99
☐ S100

AO Neurologic injury

☐ N0
☐ N1
☐ N2
☐ N3
☐ N4
☐ N5
☐ N6
☐ N7
☐ N8
☐ N9
☐ N10
☐ N11
☐ N12
☐ N13
☐ N14
☐ N15
☐ N16
☐ N17
☐ N18
☐ N19
☐ N20
☐ N21
☐ N22
☐ N23
☐ N24
☐ N25
☐ N26

World wide contribution

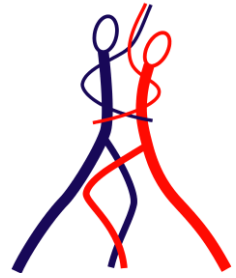
Participants fill in one mandatory procedure form, available in 9 different languages, for data collection, several add-on and outcome measurement tools :

- Surgery (2011) - 2017
- Follow-up (2011) - 2017
- Conservative 2017
- COMI back
- COMI neck
-

Paper based (scannable) or online

Participants to the ST

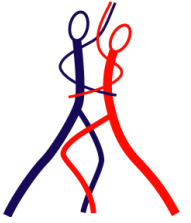
January 2017



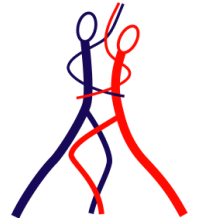
- Over 60 clinics
- Over 200 contributors
- In 16 countries (10 different native languages)
- On 5 continents
- Over 100.000 surgeries in the data base

Examples of use of data

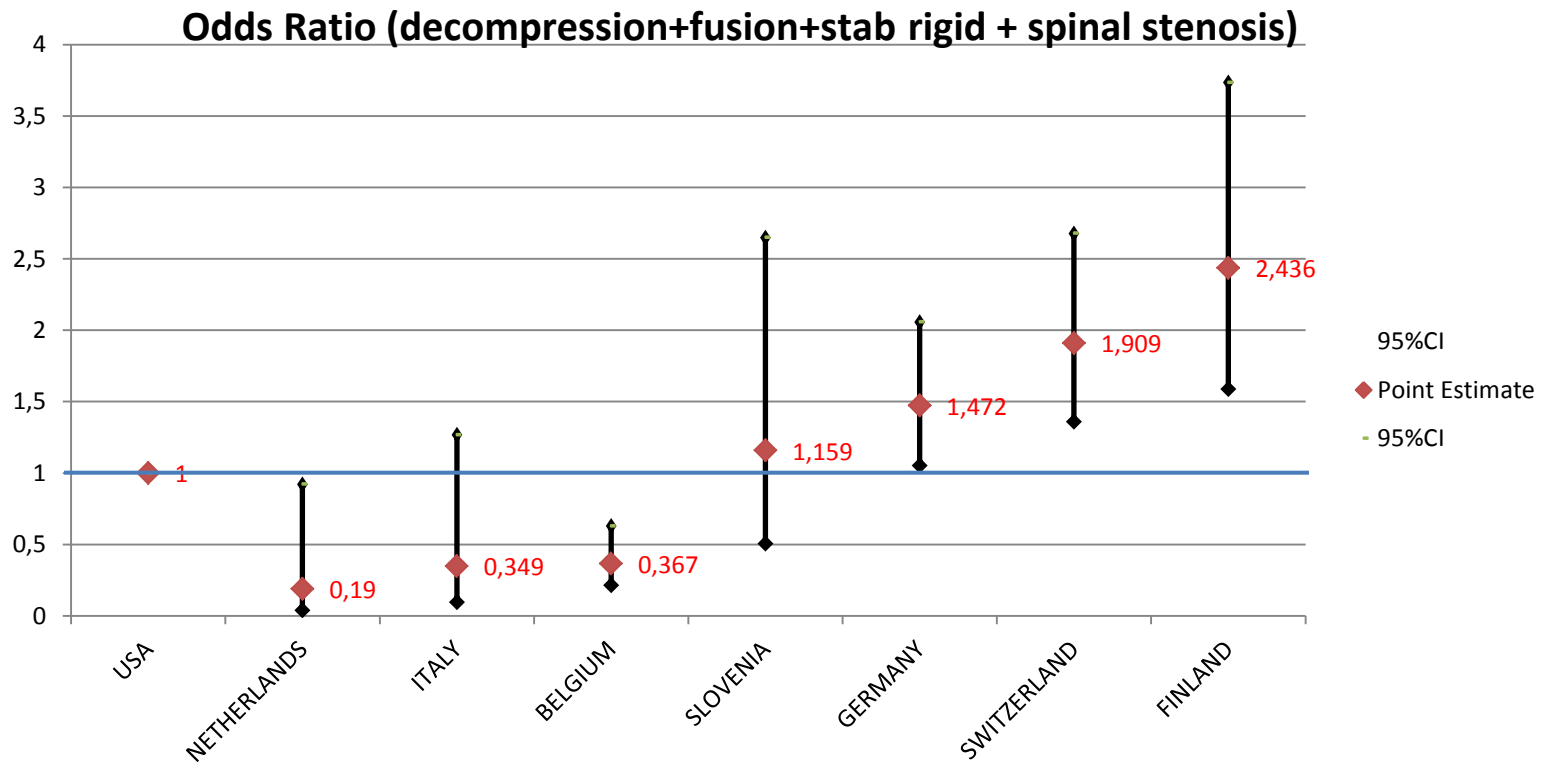
- Compare treatment modalities
- Try to define best technique for a given diagnosis
- Make a benchmark with pool data
- Compare own centre to benchmark
- Assess complications rate
- Identify groups of very good or very bad results
- Allow for oriented research
- ...

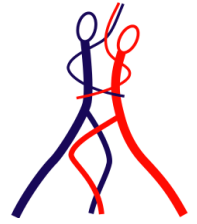


**What is the most influential factor
leading to fusion / instrumentation
of a patient operated for
spinal stenosis ?**



- Covariates: age, gender, year of surgery, country, level of procedure, extent of lesion, number of previous spine surgeries, previous spine surgeries at the same level, previous treatment for main pathology, surgeon credentials, morbidity state





Observation of the ST data set

- Over *10 (ten) fold variation* in the rate of instrumented fusion (IF) between centres !
- In similar patient population with similar symptoms
- Outcome slightly in favour of IF
- Good and excellent results in both groups
- More surgical and general complication after IF

Meaning ?

- Are some centres *under-treating* their patients ?
- Are some centres *over-treating* their patients ?
- No adequate items in the data set to answer the question?
- Lack of objective criteria to indicate IF in LSS ?
- ...

What is the most influential factor
leading to fusion / instrumentation
of a patient operated for
spinal stenosis ?

... the center where he is operated !



Lumbar degenerative spondylolisthesis

Benchmarking Saint Pierre, Ottignies to the Spine Tango data pool

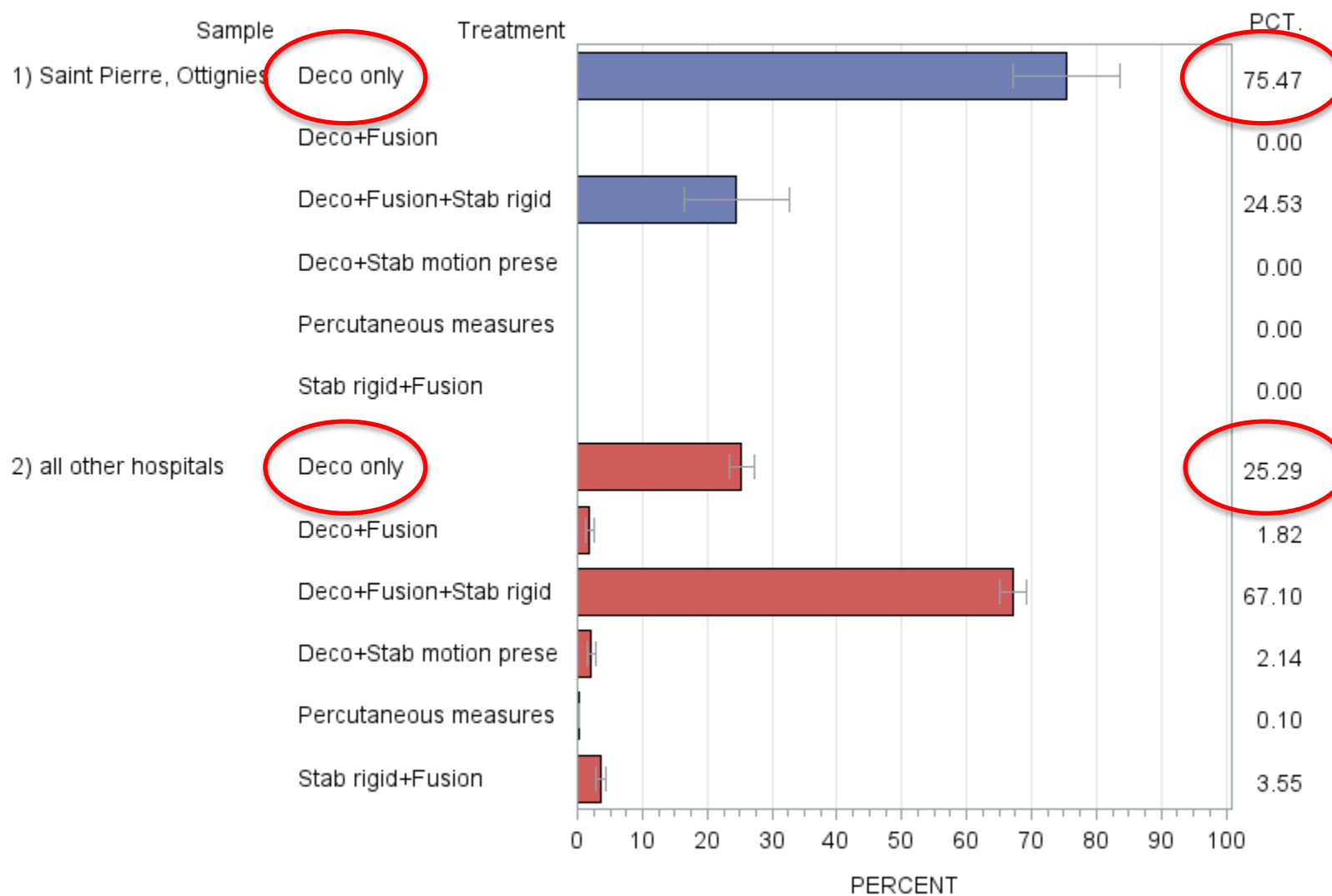
Inclusion criteria

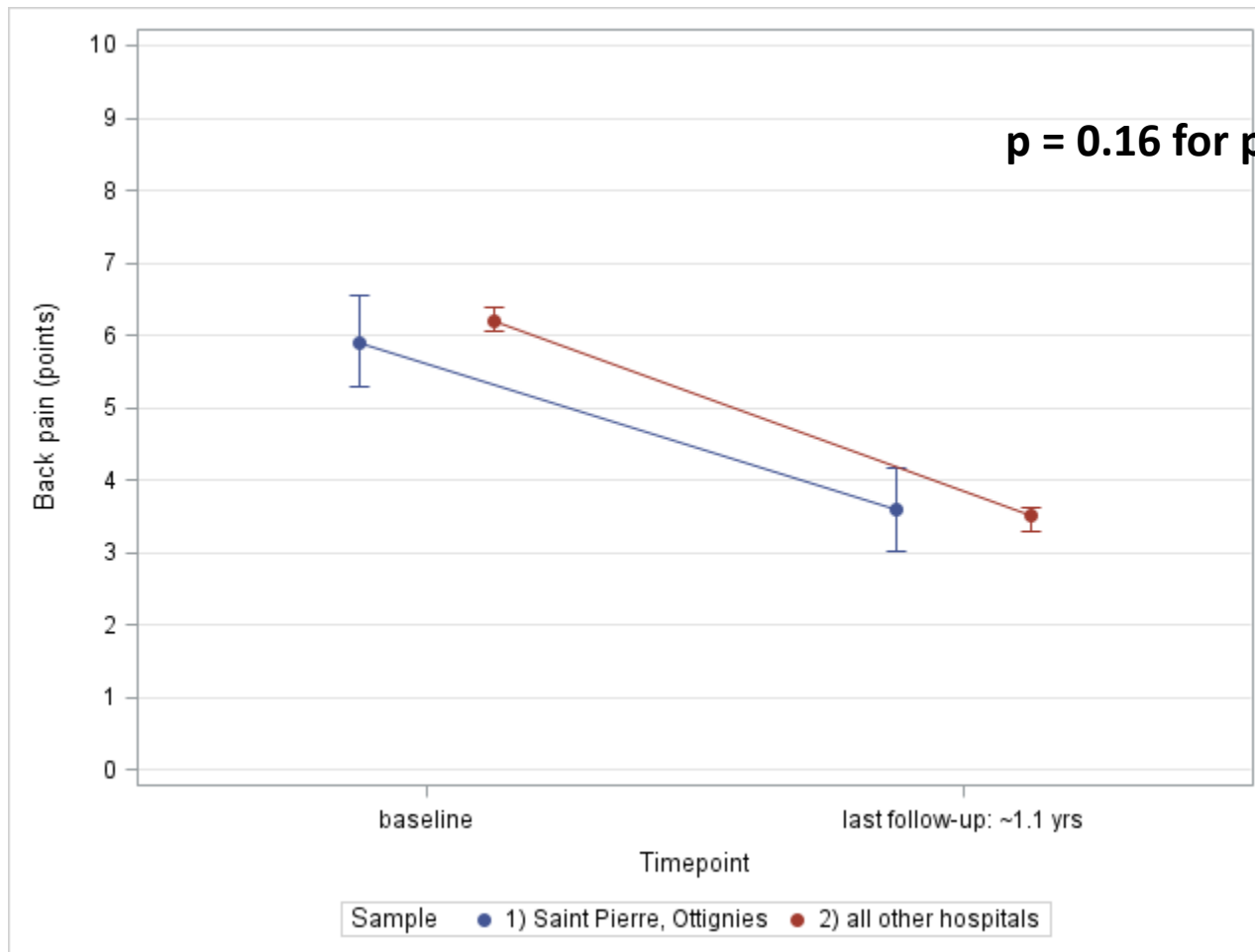
- 2011 form version
- lumbar location
- Degenerative spondylolisthesis
- no deformity, no 'other' degenerative diagnosis,
- no additional spinal pathology
- surgery date < August 2014
- minimum COMI follow-up interval = 3 months



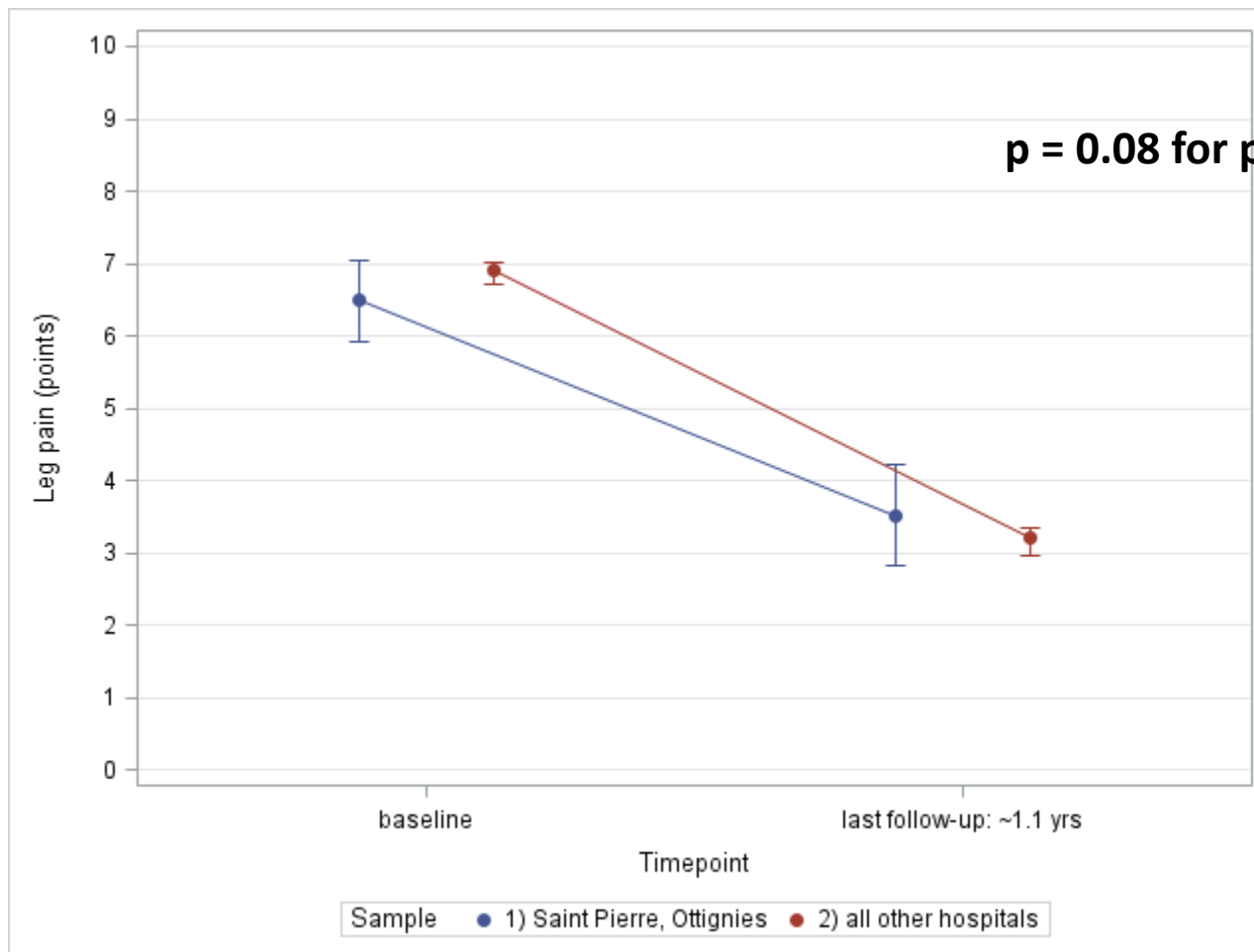
Sample	Number of surgeries	Number of follow-ups	Follow-up rate	Mean follow-up interval [years]
Saint Pierre, Ottignies	106	84	79.2	1.44
Pool	1955	1046	53.5	1.10

$p < 0.001$



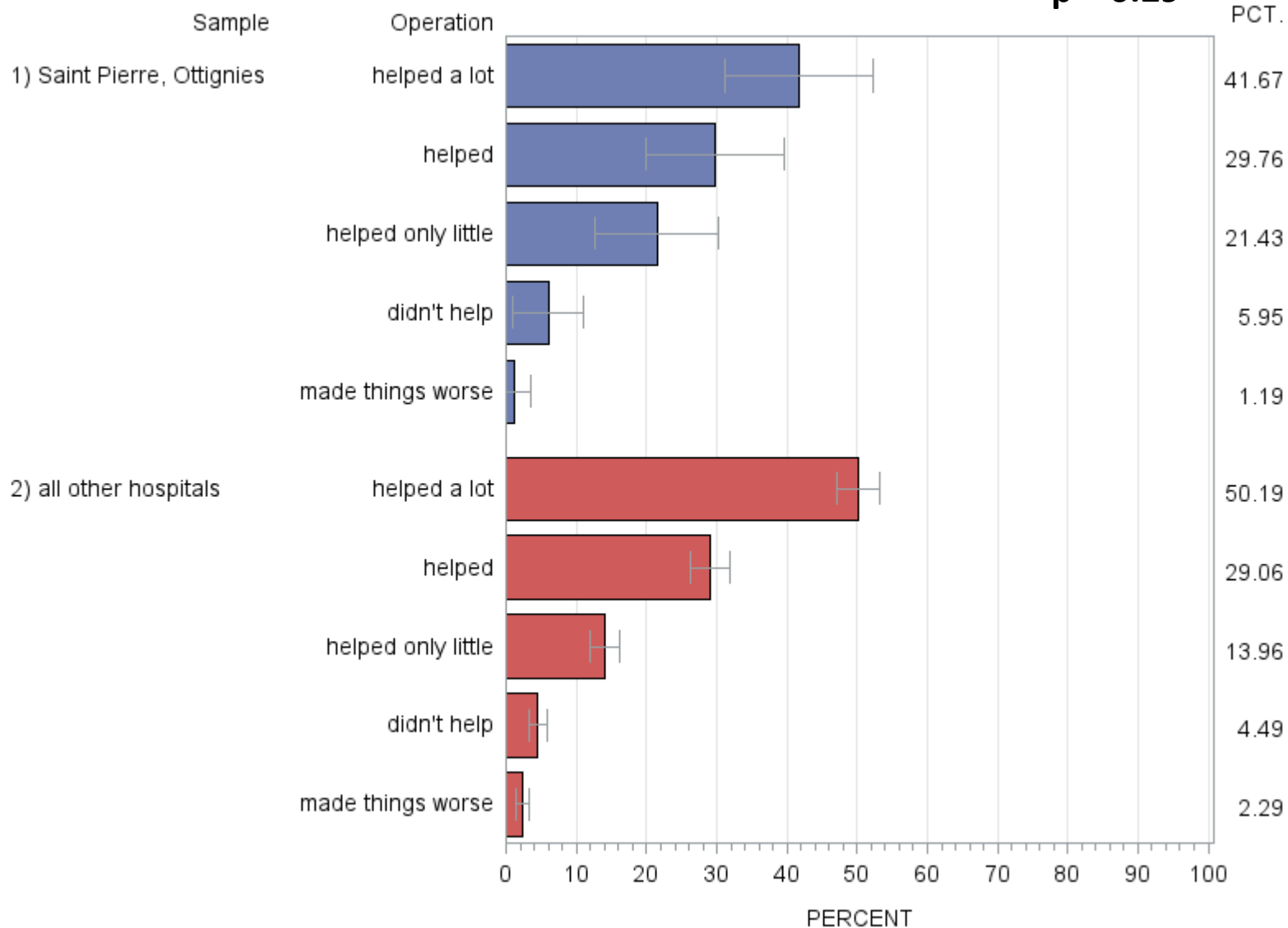


Sample	Timepoint	N	Mean	Median
1) Saint Pierre, Ottignies	baseline	84	5.9	7
2) all other hospitals	baseline	1046	6.2	7
1) Saint Pierre, Ottignies	last follow-up: ~1.1 yrs	84	3.6	3
2) all other hospitals	last follow-up: ~1.1 yrs	1046	3.5	3
1) Saint Pierre, Ottignies	relief	84	2.3	2
2) all other hospitals	relief	1046	2.7	3

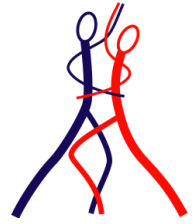


Sample	Timepoint	N	Mean	Median
1) Saint Pierre, Ottignies	baseline	84	6.5	7
2) all other hospitals	baseline	1046	6.9	8
1) Saint Pierre, Ottignies	last follow-up: ~1.1 yrs	84	3.5	3
2) all other hospitals	last follow-up: ~1.1 yrs	1046	3.2	2
1) Saint Pierre, Ottignies	relief	84	3	3
2) all other hospitals	relief	1046	3.7	4

p = 0.29



Coût / Efficacité



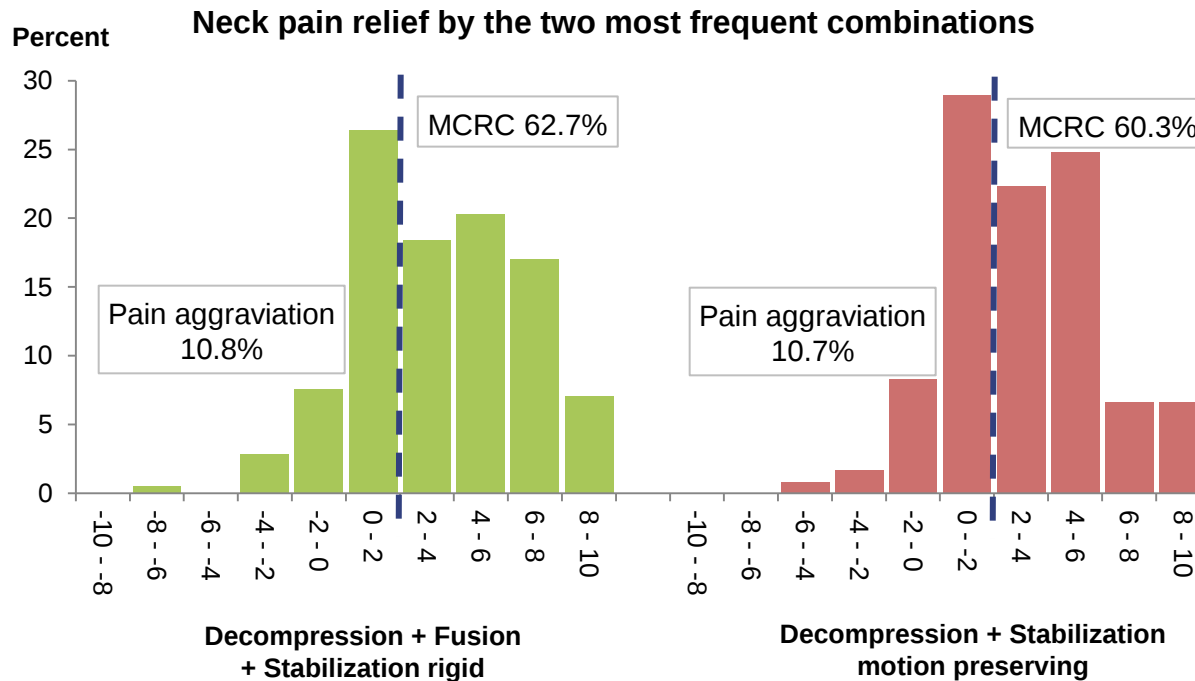
- Coût minimal d'une ostéosynthèse vertébrale : +/- 3.000 € (4 vis, 2 tiges, 1 ou 2 cages, une allogreffe)
- Le canal lombaire étroit est associé à un SLD (spondylolisthésis dégénératif) dans +/- 25% des cas
- 9.000 CLE opérés en Belgique = 2.250 SLD
- 75% des SLD fixés = 1.690 cas = 5.070.000 €
- 25% des SLD fixés = 560 cas = 1.680.000 €
- 3.390.000 € potentiellement épargnés !
- ... sans compter la diminution des complications : €€€



SPINE TANGO - THE BENCHMARKING PROJECT
PART I cervical

Cervical disc protrusion

Neck pain relief by the two most frequent combinations of surgical measures

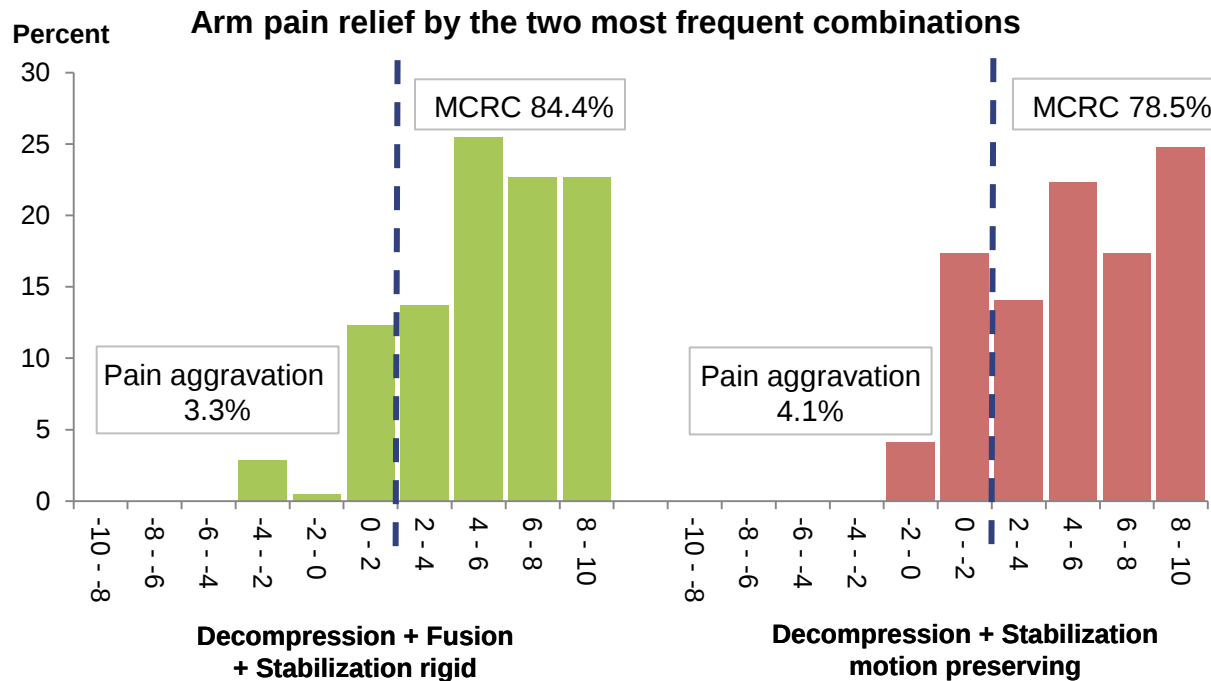


The figure shows the minimum clinically relevant change (MCRC) for neck pain (two points - dashed line) that is achieved with the two surgical techniques.

SPINE TANGO - THE BENCHMARKING PROJECT
PART I cervical

Cervical disc protrusion

Arm pain relief by the two most frequent combinations of surgical measures.



This figure shows the minimum clinically relevant change (MCRC) for arm pain (two points - dashed line) that is achieved with the two surgical techniques.

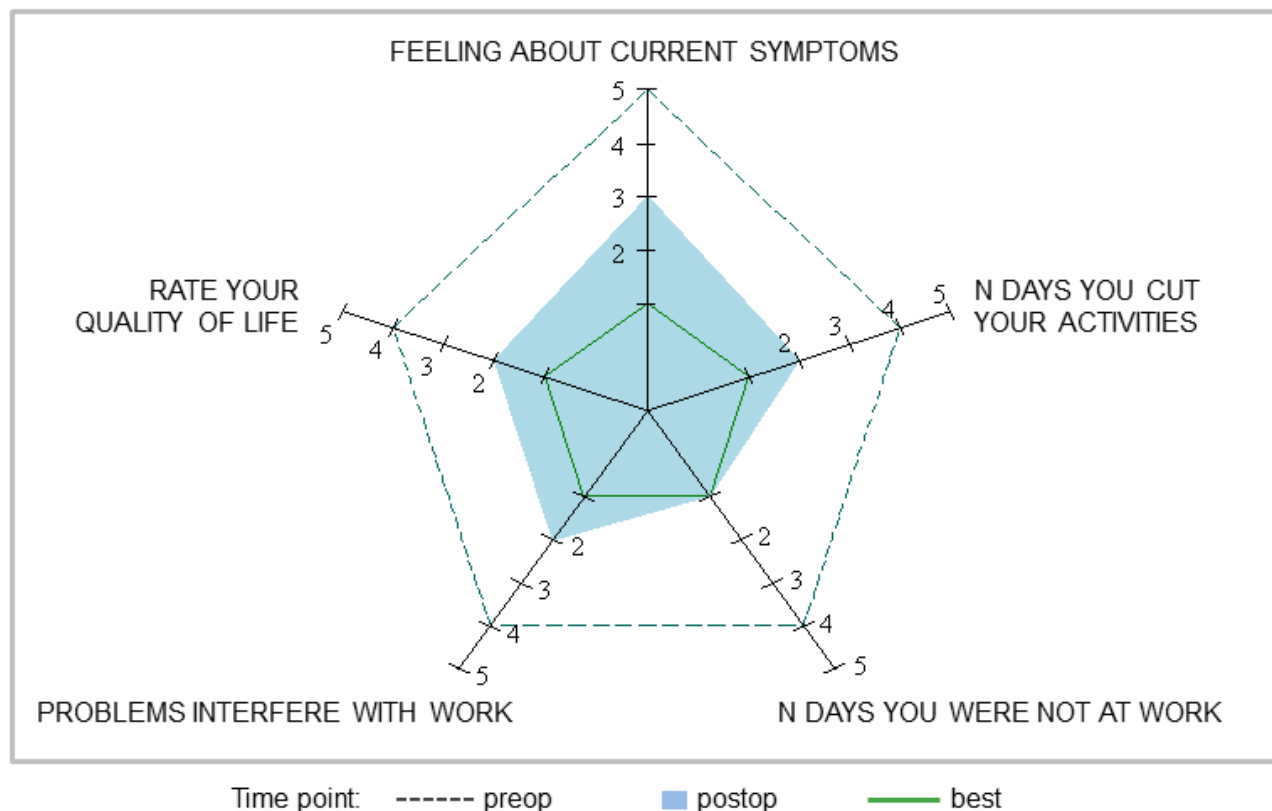
SPINE TANGO - THE BENCHMARKING PROJECT

PART I cervical

Cervical disc protrusion

COMI items pre- and postoperative for decompression with fusion and stabilization rigid.

COMI items pre- and postoperative for Decompression + Fusion + Stabilization motion rigid



The figure shows the pre- to postoperative changes of the COMI items for the two surgical interventions whereby 5 represents the worst and 1 the best outcome. The dashed line is the preoperative state, the blue area is the postoperative state, the central green line is the ideal state.

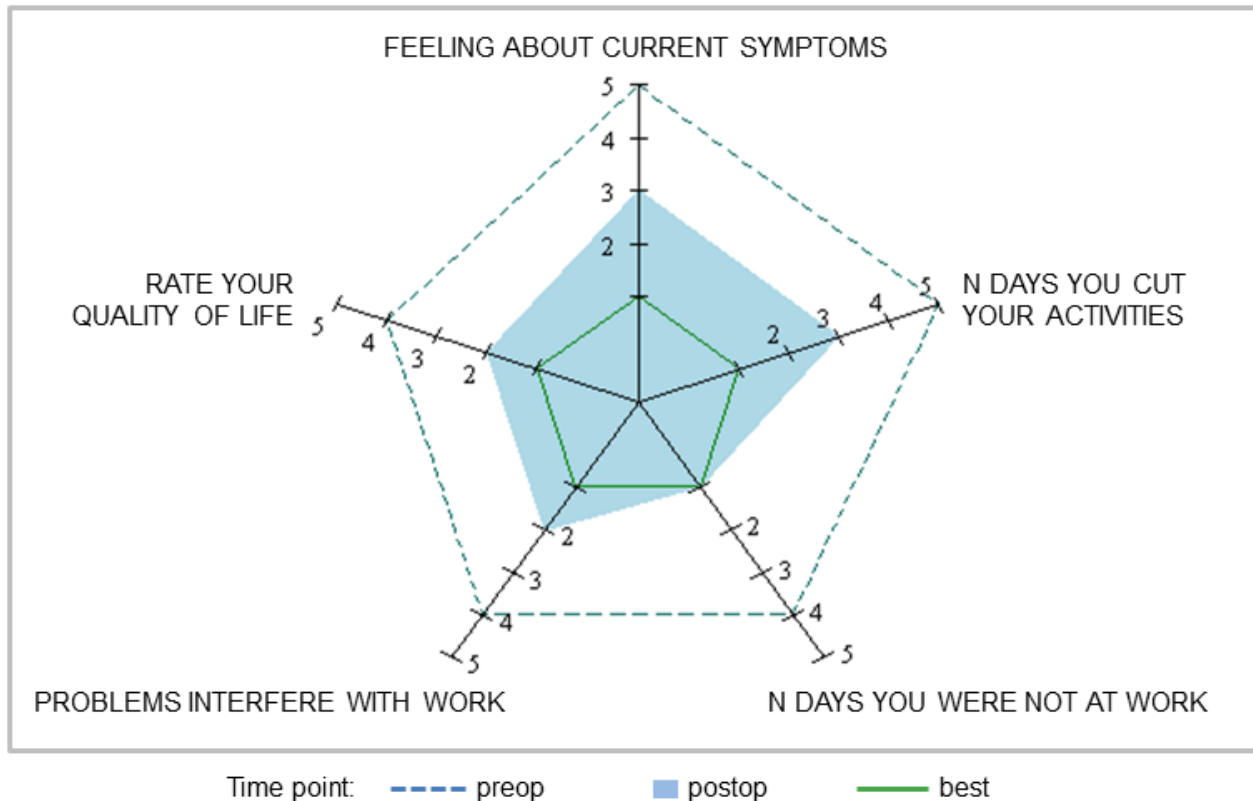
SPINE TANGO - THE BENCHMARKING PROJECT

PART I cervical

Cervical disc protrusion

COMI items pre- and postoperative for decompression with stabil. motion preserving.

COMI items pre- and postoperative for Decompression + Stabilization motion preserving

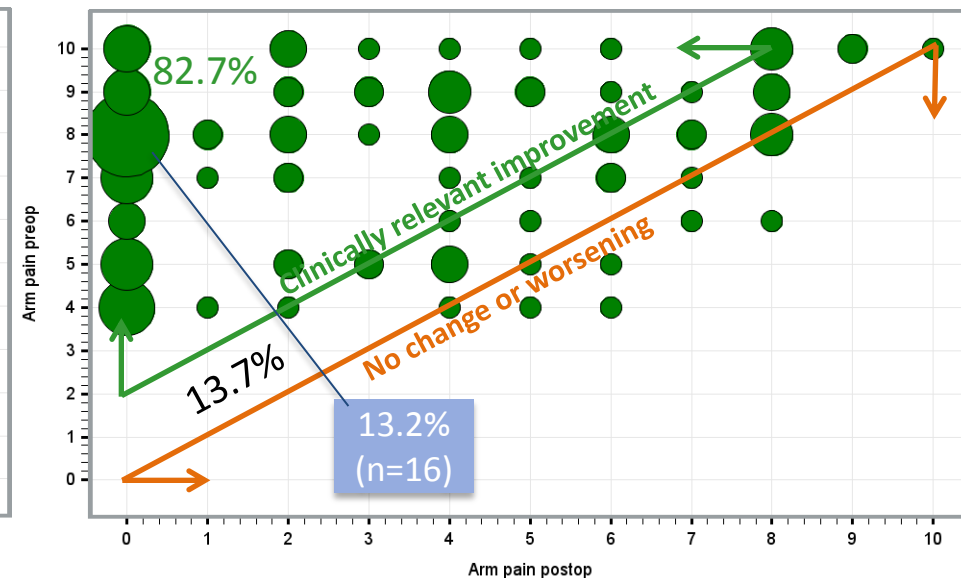
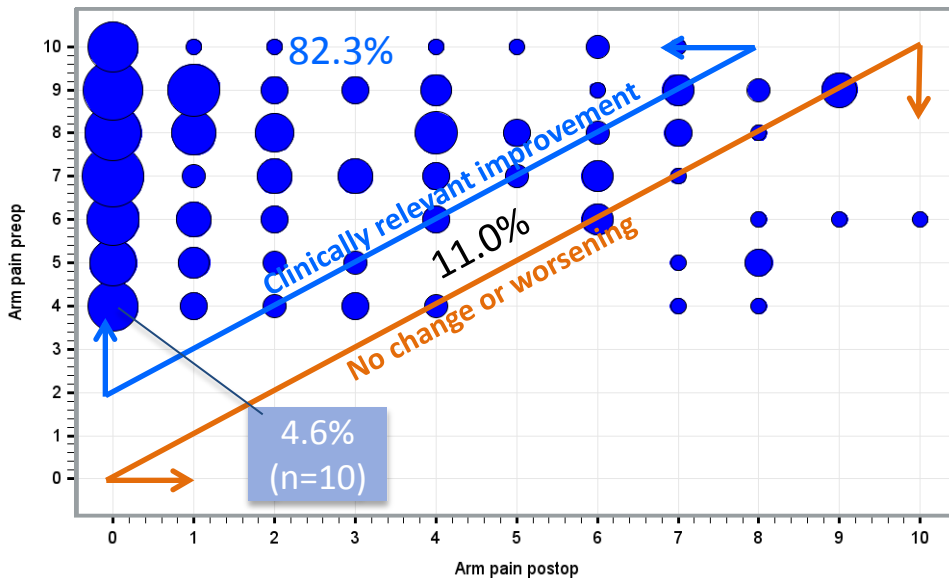
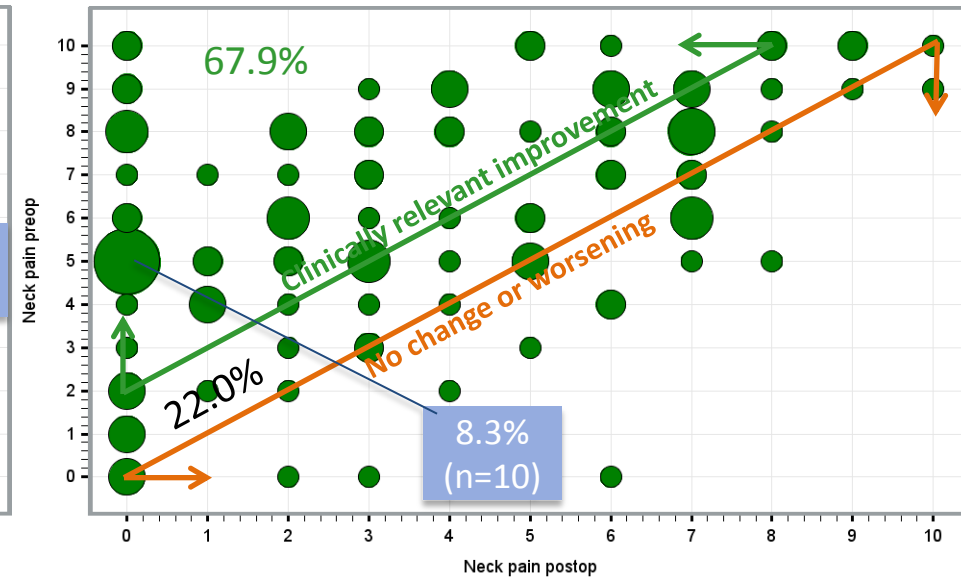
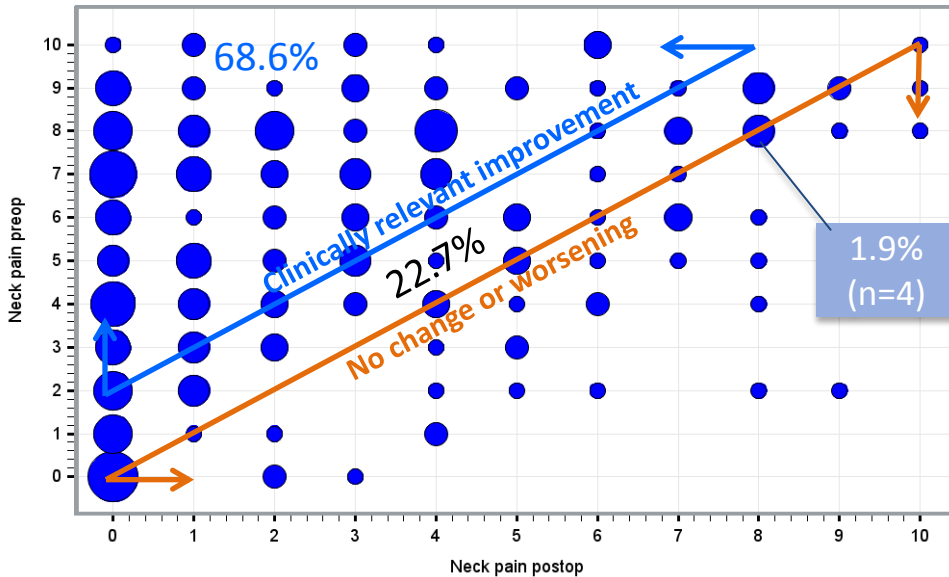


The figure shows the pre- to postoperative changes of the COMI items for the two surgical interventions whereby 5 represents the worst and 1 the best outcome. The dashed line is the preoperative state, the blue area is the postoperative state, the central green line is the ideal state.

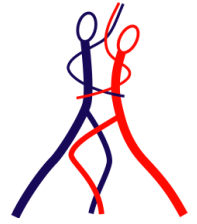
Pre-postop arm and neck pain levels by surgical procedure

Blue: Deco+Fusion+Stab rigid (n=212)

Green: Deco+Stab motion preserving (n=121)



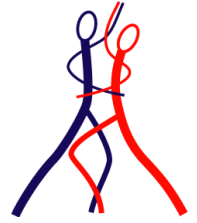
Coût / Efficacité



- L'enregistrement systématique de tous les cas traités, associé à un suivi rigoureux (PROMs) permettrait d'identifier les actes efficaces, de connaître les risques et les résultats réels que le patient peut espérer par rapport à une situation donnée.
- Le praticien pourra se comparer et adapter sa pratique
- Le patient sera mieux informé pour choisir son traitement (et son praticien)
- Les organismes assureurs pourront identifier les traitements efficaces et les situations déviantes



Coût / Efficacité

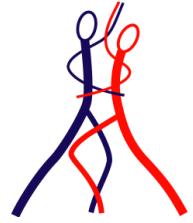


L'enregistrement systématique a un coût

- Le pourvoyeur de service informatique
- L'enregistrement des patients
- L'organisation administrative du suivi (facilité si collaboration avec les mutuelles, les assurances et les généralistes)
- L'analyse indépendante des résultats
- Le suivi et développement prospectif du registre
- La rédaction et la publication d'études scientifiques



Coût / Efficacité

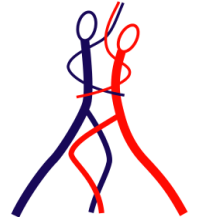


L'enregistrement systématique a un coût

- Budget global du centre de recherche : 180.000 € / an
 - Coût par cas : 2 € (fee for service)
 - Fourniture du service informatique, développements...
 - Rapport annuel
 - Benchmark
 - Publications scientifiques
- A charge du Service hospitalier
 - Coût actuel moyen pour une cohorte de patient avec 80% de suivi à 2 ans : 50 € / patient : pourrait être réduit à 18 € / patient, si coordonné entre plusieurs centres + Mutuelles



Coût / Efficacité



L'enregistrement systématique a un coût

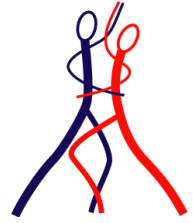
- Coût total par patient : 20 € en phase 'croisière'
- 29.000 chirurgies rachidiennes / an en Belgique
- Total : 580.000 €/an pour toute la Belgique

- **Etude pilote** : 13 centres, 6000 patients en 2 ans
- 30 € / patient = 180.000 €

Non disponible... ☹️☹️



Conclusions



- Pour une part importante de la pathologie dégénérative du rachis, Il n'y a pas de consensus ni pour les indications chirurgicale, ni pour le type de procédure à réaliser
- La qualité du résultat est souvent ***surestimée***
- La fréquence et les conséquences des complications est ***sous-estimée*** !
- L'introduction de toutes nos procédures ainsi que de leurs résultats, tels que vécu par les patients (PROMs), dans une base de données commune, est le meilleur moyen pour évaluer notre prise en charge de la pathologie rachidienne,
... améliorer la qualité de nos traitements et réduire leur coût.



Excellence in Spine Care

Spine Tango -

**an initiative of
EuroSpine,
the**

Spine Society of Europe

