
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions Professionnelles Belges de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° SPECIAL / OCTOBRE 2010

Bureau de dépôt: BRUXELLES 5

<p style="text-align: center;">AUX MEMBRES DE L'UNION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS BELGES</p>

SOMMAIRE

Projet de compte rendu de l'Assemblée générale du 24/04/2010	3
Lettre relative à la nomenclature de l'endoscopie	7
Prise de position de l'union professionnelle concernant la responsabilité	9
L'avenir de la chirurgie en Belgique et en Europe (Prof. J. Gruwez)	9

EDITORIAL

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Dans le présent numéro spécial du Médecin Spécialiste, non seulement vous pourrez lire entre autres choses le compte rendu de notre assemblée générale (p. 3-7) mais vous pourrez aussi prendre connaissance de nos activités.

La pression toujours plus forte exercée par les autorités et par les assureurs a pour effet qu'une solution doit être trouvée à un nombre toujours plus important de problèmes qui n'auraient pas existé si les chirurgiens avaient été consultés au préalable.

Afin d'opposer un front uni, l'union professionnelle a décidé, conjointement avec la Société de chirurgie, de créer un organe de concertation commun, à savoir le *Collegium Chirurgicum*. Un Comité de gestion journalière a été élu par des élections pour pouvoir agir comme un représentant unique. Le fait qu'environ 450 chirurgiens ont participé aux élections est bien la preuve qu'un tel organe de concertation répond à un besoin. Par le biais du Collegium Chirurgicum, nous espérons également pouvoir défendre les intérêts professionnels de tous les chirurgiens "140", qu'ils soient chirurgiens généraux, vasculaires ou cardiaques.

La question de la responsabilité du chirurgien au sein de l'hôpital est un problème récurrent. Le chirurgien est régulièrement appelé quand d'autres spécialistes chirurgicaux rencontrent

des problèmes en peropératoire. Il y a également une multitude d'affaires en cours résultant de différents à propos de la responsabilité du chirurgien et de l'anesthésiste.

Il serait souhaitable que dans chaque hôpital, de bons accords soient passés entre les spécialistes chirurgicaux et que la chirurgie complexe fasse l'objet d'une discussion préalable entre les différentes disciplines.

Les anesthésistes ont une spécialité distincte avec une formation propre, un agrément et une nomenclature qui leur sont propres et ont par conséquent une responsabilité propre et une responsabilité partagée pour le patient.

C'est pourquoi on travaille à l'élaboration d'une charte que les chirurgiens mettront en avant pour apporter de la clarté dans cette matière. Elle pourra servir de base aux juristes pour la responsabilité des différents acteurs.

Le comité de l'assurance de l'INAMI a supprimé unilatéralement l'accès des chirurgiens à la nomenclature des endoscopies. Alors que dans nombre de pays, l'endoscopie (gastroscopie, colonoscopie, etc.) est réalisée par des chirurgiens. Chez nous elle a été attribuée sans la moindre concertation aux gastro-entérologues. Même les internistes généraux utilisant ces techniques depuis des années se voient refuser l'accès.

Lorsque nous examinons le nombre de ces interventions effectuées par des chirurgiens en Belgique, on constate que ce n'est quand même pas un chiffre non négligeable. Pour 2008, plus de 2.000 colonoscopies et/ou rectosigmoïdoscopies ont été attestées par des chirurgiens. Les mesures de pression intra-anales et les gastroscopies sont également effectuées à grande échelle par des chirurgiens.

L'endoscopie est une technique qui n'est certainement pas la propriété exclusive des gastro-entérologues. Quand on pense aux applications futures, par exemple la NOTES, il convient certainement d'en garantir l'accès.

L'introduction du master après master en Flandre a suscité un grand émoi. L'académisation d'une formation professionnelle est ainsi imposée unilatéralement. Les discussions avec l'autorité flamande et le VLIR (Vlaamse Interuniversitaire Raad) n'ont pas eu de succès jusqu'à présent. Seule la concertation avec les maîtres de stage chirurgicaux universitaires se déroule de manière constructive. Il est de notre devoir à chacun d'entre nous d'informer correctement les assistants en formation. L'intégration en douceur du master après master dans la formation peut également avoir des effets positifs. Il appartient toutefois à la commission d'agrément, constituée pour moitié de représentants de la profession, d'y veiller. Les deux chambres de la commission d'agrément ont fourni un excellent travail au fil des ans et sont un facteur important dans le suivi de la qualité de la formation.

Pour un fonctionnement optimal de votre union professionnelle, il est important qu'un maximum de chirurgiens en soient membres. Notre voix a plus de poids si la majorité des chirurgiens sont affiliés. C'est également à vous de porter nos couleurs.

Persuadez vos collègues de rejoindre le GBS!

Des consœurs et confrères plus jeunes surtout devraient progressivement reprendre le flambeau. En effet, leur futur dépendra en priorité de leurs initiatives.

Dr Luc Haeck,
Secrétaire général

Dr Baudouin Mansvelt,
Président

**UNION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS BELGES
BEROEPSVERENIGING DER BELGISCHE CHIRURGEN
BELGIAN PROFESSIONAL SURGICAL ASSOCIATION**

**COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLEE GENERALE STATUTAIRE
24/4/2010, Sofitel Hotel, Bruxelles**

Présents : Les Drs Marijke De Cat, Robert De Keuleneer, Paul Deldime, Dirk Devriendt, Jacques Gruwez, Luc Haeck, Tony Lerut, Baudouin Mansvelt, Flory Swinnen, Luc Van Outryve, Dirk Van Raemdonck

Présents par
procuration : Les Drs Filip Ameye, Jacques Baillieux, Guy Berwouts, Yves Blomme, Piet Casaer, Herman Ceuppens, Cedric Coucke, Antoon De Bondt, Wim De Mulder, Kjell Fierens, Constant Jehaes, Dominique Herman, Pierre Hourlay, Marc Huyghe, Joseph Kesteman, Marc Kint, Jacqueline Lanckmans, Jean-Pierre Latour, Pierre Mendes Da Costa, Michael Nachtergaele, Thierry Onghena, Casper Sommeling, Francis Somville, Jean-Paul Squifflet, Hendrik Van Houtte, Olivier Van Kerschaver, Paul Van Schil, Patrick Verfaillie, Patrick Verlende, Edo Wijtenburg, Jean-Pierre Yvergneaux

1. Compte rendu de la réunion précédente

Le compte rendu de l'assemblée générale, publié dans le cadre du numéro spécial "Le Médecin Spécialiste" du 25/04/2009, est approuvé.

2. Allocution du président (Dr L. Haeck)

3. Rapport du secrétaire général (Dr B. Mansvelt)

Depuis l'Assemblée générale statutaire de l'union professionnelle qui s'est tenue en avril 2009, le comité directeur s'est réuni quatre fois (les 10/09/09, 10/12/09, 18/02/10 et 24/04/10).

Nous allons observer une minute de silence pour les décès des Professeurs André Nevelsteen, Albert de Scoville et Rudy Vanmaele.

Nouveaux jeunes membres : Stijn Heyman, Jean-François Maillart, Koen Cathenis, Willem Metsemakers, Sina Alemzadeh.

Nouveaux membres : François Terry, Philip Boons, Michael Nachtergaele, Robert Dion, Annick Foucart, Joris Ghyselen, Geerhardus van der Tempel, Marc Vuylsteke, Thierry Coppin, Karl De Pooter, Cedric Coucke, Hooman Farghadani, Kjell Fierens, Michel Nyst.

Membre honoraire : Jules Willeme.

Voici les événements qui ont été traités au cours de cette année :

Collegium Chirurgicum

Le Collegium Chirurgicum est constitué. Une lettre explicative a été envoyée à tous les

membres de l'Union professionnelle via un numéro spécial du "Médecin Spécialiste".

Ont été élus membres du comité directeur : Donald Claeys, président; Dirk Van Raemdonck, vice-président, Luc Haeck, secrétaire, et Benoît Navez, trésorier.

Il a été décidé de créer 4 groupes de travail, chacun sous la direction des quatre élus : Matériels, Quality control, Qualifications particulières et Formation.

Ont été désignés pour participer à ces groupes respectifs les docteurs Navez – Mansvelt – Van Outryve, Claeys – Joris – Devriendt, Haeck – Peeters – Erpicum, Van Raemdonck – Swinnen – Mendes da Costa – Weerts.

Compétences en oncologie

Suite à l'arrêté ministériel du 26/9/07, de nombreuses discussions ont eu lieu. Les critères spécifiques pour la gastroentérologie et pour la pneumologie ont été promulgués. Nous attendons pour la chirurgie ...

La date limite pour l'introduction des dossiers de compétence a été reportée au 31/12/2010.

Nomenclature

Nous avons été contactés par Dominique MICHELET pour participer aux débats relatifs à la chirurgie plastique et à la chirurgie esthétique. Les Drs Luc PROOT et Joseph WEERTS ont été désignés pour nous représenter.

Les modifications de nomenclature pour la chirurgie de l'obésité sont en cours. Pour les patients avec un IMC entre 35 et 40, outre le diabète, seraient également pris en compte l'HTA résistante, les apnées du sommeil et les patients qui ont déjà subi une intervention bariatrique.

Une nouvelle prestation pour le debulking est introduite pour le carcinome colorectal, le carcinome appendiculaire, le pseudomyxome et le mésothéliome..

Master après Master (ManaMa)

Une réunion a été organisée le 10/12/2009 avec les maîtres de stage universitaires flamands pour un échange de vues et une présentation des idées.

Au début du mois de mars 2010, l'union professionnelle a envoyé une circulaire aux maîtres de stage de chirurgie pour expliquer leur rôle.

Procare

Nous avons proposé les docteurs Koen Vindevoghel et Gaetan Molle pour nous représenter dans le projet KCE-PROCARE "study on risk adjustment of quality indicators". Une tentative de récupération a été faite par des statisticiens de l'UZ Gent et a été repoussée par les délégués de l'union professionnelle.

Rapport du KCE concernant le volume d'activité chirurgicale

Une lettre ouverte a été envoyée à la ministre Onkelinx et a été publiée dans "Le Médecin Spécialiste".

Responsabilité du chirurgien

Un projet de texte est proposé.

GBS

Jacques Gruwez restera notre représentant pour encore au moins une année.

Aide opératoire

Une lettre a été envoyée à la ministre pour pouvoir en discuter. Pas de réponse à ce jour.

Nous avons été contactés par le VRGT/FARES pour participer à la campagne pour l'arrêt du tabac. Le docteur Edo Wijtenburg a été désigné pour nous représenter.

4. Rapport du trésorier (Dr D. Devriendt)

Le bilan est positif. Le rapport est approuvé à l'unanimité et décharge est donnée au trésorier.

Il y a actuellement 445 membres cotisants.

Le montant par personne qui sera versé au Collegium Chirurgicum sera fixé lors des prochaines discussions avec le Collegium.

Membres décédés : Prof. Dr André Nevelsteen, Dr R. De Scoville, Dr Rudy Vanmaele.

14 membres sont supprimés pour non-paiement de cotisation pendant 3 années : Dr Mitiku Belachew, Dr René Brahy, Dr Frank Collier, Dr Jean-Pierre Gillet, Dr Pierre Lombet, Dr Raymond Reding, Dr Isabelle Tamigneaux, Dr Yvette Van der Stighelen, Dr Debby Arnauts, Dr Catharine De Magnée, Dr Mohamed El Hachmi, Dr Els Leys et Dr David Ngoue.

5 membres ont démissionné de leur propre initiative : Dr Hugo Vanermen, Dr Sabrina Dardenne, Dr Jos Brouwers, Dr Claude Desaive et Dr Jan Bouckaert.

Les nouveaux membres : Cedric Coucke, Hooman Farghadani, Kjell Fierens, Philip Boons, Marc Vuylsteke, Geerhardus Van Der Tempel, Joris Ghyselen, Thierry Coppin, Annick Foucart, Robert Dion, Michaël Nachtergaele, De Karl Pooter, Michel Nyst et François Terryn.

Les nouveaux membres juniors sont Stijn Heyman, Jean-François Maillart, Koen Cathenis, Willem Metsemakers et Sina Alemzadeh.

5. Fixation de la cotisation 2010

Les montants 2010 sont inchangés.

6. Election des membres du comité directeur

Le Dr Luc Haeck arrive au terme de son mandat de quatre ans en tant que président. Son successeur est le Dr Baudouin Mansvelt. Le Dr Haeck reprend la fonction de secrétaire général jusqu'en 2012.

Le Dr Jacques Fastrez met fin à son mandat de conseiller. Le Dr Robert De Keuleneer, qui se porte candidat à sa succession, est élu pour achever le mandat jusqu'en 2012.

Les Drs Flory Swinnen et Joseph Weerts sont réélus à la fonction de vice-président et le Dr Devriendt est réélu comme trésorier.

7. ManaMa

Concernant le ManaMa, la position du GBS est la suivante :

1. Obligatoire uniquement durant les 2 premières années.
2. Un diplôme n'est pas requis pour être agréé comme chirurgien.
3. La formation doit être conciliable avec la formation de stage, c'est-à-dire avec la formation clinique. Nous avons eu des contacts avec le VLIR. Il y a eu une réunion en septembre 2009; il n'y a pas eu de deuxième réunion. Il y a une initiative de la Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB), francophone et néerlandophone. Il y a eu des contacts avec le Dr Marc Moens et le Prof. Jacques Gruwez, respectivement secrétaire général et vice-président du GBS. Une nouvelle réunion est prévue prochainement. Le GBS a introduit un recours devant le Conseil d'Etat contre le ManaMa. A suivre.

8. Collegium Chirurgicum

Le Collegium Chirurgicum est lancé. Quatre groupes de travail ont été constitués. 438 votes ont été émis à ces élections.

Le prochain comité directeur a été élu :

Président : Donald Claeys

Vice-président : Dirk Van Raemdonck

Secrétaire : Luc Haeck

Trésorier : Benoit Navez

De nouvelles élections auront lieu dans 3 ans. Les élus ne seront pas rééligibles. Plusieurs groupes de travail ont été constitués. Ceux-ci entameront leurs travaux prochainement.

9. Divers

1. Jacques Gruwez demande si le système des représentants provinciaux peut être relancé afin de pouvoir organiser régulièrement une réunion provinciale ou interprovinciale : il est répondu que l'intérêt est faible et que, pour le moment, ce n'est pas envisagé.
2. L'initiative PROCARE qui a eu le soutien de notre union doit être suivie de près, et ce surtout après la démarche du KCE pour s'approprier les données. Les données PROCARE sont la propriété de la fondation et ne peuvent être discutées qu'entre pairs.
3. Il est signalé que le website de BELSURG a été relooké : la grande nouveauté consiste dans le fait que chaque organisation a maintenant la possibilité d'introduire ses données via une personne centrale. Le but est de pouvoir avoir ainsi une approche plus professionnelle.

Dr L. Van Outryve,
Rapporteur

COMITE DIRECTEUR DE L'UPCB-BBC 2010 – 2012

Dr Baudouin Mansvelt	Président	baudouin.mansvelt@skynet.be
Dr Luc Haeck	Secrétaire général	luc@bvba-haeck.be
Dr Marc Joris	Vice-président	mjoris@cmih.be
Dr Flory Swinnen	Vice-président	drfswinnen@hotmail.com
Dr Joseph Weerts	Vice-président	joseph.weerts@CHC.be
Dr Dirk Devriendt	Trésorier	dirk-devriendt@telenet.be
Dr Luc Van Outryve	Secrétaire des séances	lvanoutryve@skynet.be
Dr Robert De Keuleneer	Conseiller	robert.dekeuleneer@mail.chrvs.be
Prof. Jacques Gruwez	Président d'honneur	jacques.gruwez@med.kuleuven.ac.be
Dr Paul Deldime	Représentant prov.	pdeldime@voo.be
Dr Tony Lerut	Représ. auprès de l'UEMS	toni.lerut@uz.kuleuven.ac.be
Dr Stefaan Nijs	BTS	stefaan.nijs@uzleuven.be
Dr Patrice Erpicum	BELAPS	patrice@erpicum.com
Dr Donald Claeys	Colorectal	donald.claeys@azmmsj.be
Prof. Dirk Van Raemdonck	BACTS thorax	dirk.vanraemdonck@uzleuven.be
Prof. Dr Roger Detry	BSSO	detry@chir.ucl.ac.be
Dr Patrick Peeters	BSVS	patrick.peeters@telenet.be
Dr Francis Wellens	BACTS cardio	francis.wellens@uzbrussel.be

**UNION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS BELGES
BEROEPSVERENIGING DER BELGISCHE CHIRURGEN
BELGIAN PROFESSIONAL SURGICAL ASSOCIATION**

Kroonlaan - Av. De La Couronne 20, 1050 Brussel Bruxelles

*La lettre reproduite ci-après a été envoyée au **Dr Marc Moens** (Président de l'ABSyM, Secrétaire général du GBS), au **Dr Jacques de Toeuf** (Président du CTM, Vice-président de l'ABSyM), au **Dr Patrick Dhaenens** (Président du Groupe de travail Chirurgie du CTM) et au **Dr Robert Van den Oever** (Vice-président du CTM).*

Bruxelles, le 27.09.2010

Chers Confrères,

Les chirurgiens ont été frappés de stupeur avant les vacances en apprenant soudainement, en l'absence de toute forme de concertation, que l'accès à la nomenclature de l'endoscopie leur sera refusé à partir du 01.01.2012 (5 A.R. du 18.04.2010, entrée en vigueur le 01.07.2010).

Dans nombre de pays occidentaux comme les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Allemagne pour ne citer que ceux-là, l'endoscopie est effectuée en grande partie par des chirurgiens.

Dans notre pays, un certain nombre de chirurgiens sont actifs depuis des années dans ce domaine à la satisfaction de leurs patients.

Pour 2008, l'INAMI a enregistré 4.141 prestations effectuées par des chirurgiens, lesquelles prestations ne pourront plus donner lieu à un remboursement à compter du 01.01.2012 lorsqu'elles seront effectuées par un chirurgien.

Cette mesure n'a aucun effet sur le budget puisque les prestations seront effectuées par d'autres spécialités.

Nous vous demandons dès lors avec insistance d'annuler cette mesure et de maintenir l'accès des chirurgiens à cette nomenclature. Cela peut se faire soit en redonnant aux chirurgiens l'accès à ces prestations, soit en accordant aux chirurgiens des codes de nomenclature distincts.

Il existe plusieurs motifs à notre demande :

1° L'endoscopie est une exigence de formation pour être agréé comme chirurgien par l'INAMI.

Il est en effet stipulé dans les critères spéciaux de la chirurgie (A.M. du 12/12/2002) :

“ 4° le futur chirurgien doit acquérir par sa formation de base une connaissance globale des aspects cliniques et techniques tant diagnostiques que thérapeutiques, des affections chirurgicales y compris les soins intensifs, l'oncologie, les soins d'urgences, l'activité et l'organisation de ces services et les applications de l'endoscopie. “

De facto, après un certain temps, plus aucun chirurgien ne devrait pouvoir encore être agréé.

2° Dans le cadre de plusieurs interventions principalement laparoscopiques, une endoscopie flexible peropératoire peut être nécessaire. Il apparaît dès lors logique que le chirurgien puisse l'effectuer lui-même. Citons quelques exemples : localisation d'une lésion à réséquer (ex. tumeur non palpable à gauche), vérification de l'intégrité de l'anastomose (ex. vérification d'une anastomose circulaire pour un by-pass gastrique).

Cela peut également être nécessaire dans la période directement postopératoire; et ce

principalement pour traiter les saignements anastomotiques. En outre, il semble évident que le chirurgien puisse vérifier lui-même l'intégrité d'une poche iléo-anale ou colo-anale confectionnée par lui.

3° L'endoscopie flexible est également nécessaire pour pouvoir réaliser les nouvelles évolutions dans la chirurgie invasive minimale : l'endoscopie flexible aura un rôle intégré important pour la laparoscopie par abord unique mais aussi pour le développement ultérieur de la NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery). Il est par conséquent extrêmement important que le chirurgien dispose des aptitudes et des connaissances nécessaires pour pouvoir maîtriser ces techniques. Il est probable qu'à un premier stade, plusieurs techniques hybrides seront développées mais là aussi il peut être nécessaire de disposer de l'endoscopie flexible (ex. sigmoïdoscopie flexible pour faciliter l'exposition du sigmoïde dans le cadre d'une chirurgie laparoscopique par abord unique).

4° Dans plusieurs autres pays comme le Royaume-Uni, les pays scandinaves, l'Italie, les Etats-Unis, etc., la formation en endoscopie flexible fait partie intégrante du portfolio technique du chirurgien généraliste et également pour certaines compétences particulières (ex. colonoscopie pour les chirurgiens colorectaux, gastroscopie pour les chirurgiens GI supérieure). Aux Etats-Unis, cela se traduit par un impact important sur les honoraires d'un chirurgien généraliste qui tire approximativement 30 % de ses honoraires de l'endoscopie flexible. Il doit être possible pour les chirurgiens de remplir les critères d'agrément européens définis pour une formation et une activité en endoscopie flexible. L'interdiction définitive de l'endoscopie flexible aux chirurgiens signifierait à vrai dire un recul important au regard de l'internationalisation de la chirurgie.

5° L'ablation de polypes, de tumeurs, l'incision de muqueuse et d'autres prestations sont par définition des actes chirurgicaux. Il semble dès lors essentiel que des actes chirurgicaux puissent être effectués par des chirurgiens. Qu'il s'agisse d'une ablation opératoire de polypes intestinaux à ventre ouvert, par voie d'abord laparoscopique ou par voie d'abord endoscopique, cela reste une activité chirurgicale.

Ces mêmes arguments sont également valables en ce qui concerne la bronchoscopie flexible qui a souvent une très grande importance en peropératoire.

Par ailleurs, la chirurgie fait l'objet d'un traitement discriminatoire par rapport à la gastro-entérologie qui conserve la possibilité d'effectuer tout l'éventail de la chirurgie proctologique, du traitement des fistules à l'hémorroïdectomie et même à des traitements chirurgicaux invasifs, sans la moindre formation chirurgicale.

Aussi, nous espérons que cette problématique sera rapidement rectifiée et nous restons évidemment à votre disposition au cas où vous souhaiteriez de plus amples informations à ce sujet.

Veillez agréer, Chers Confrères, l'expression de nos meilleures salutations.

Dr Luc Haeck,
Secrétaire général

Dr Baudouin Mansvelt,
Président

Prise de position de l'UPCB-BBC concernant la responsabilité

La prise de position reproduite ci-après a été communiquée à Mme L. Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, le 13/10/2010.

En l'état actuel de la médecine et des pratiques médicales, il n'est plus légitime de placer de facto sur le seul chirurgien la responsabilité de l'anesthésie ou d'une intervention pour laquelle le chirurgien est appelé en urgence par un collègue rencontrant des problèmes en peropératoire.

Il est utile à ce propos d'esquisser l'historique de la Chirurgie. Jusqu'à la moitié du siècle dernier, le chirurgien est celui qui effectue un large éventail d'interventions et se charge également de l'anesthésie locale et générale plus tard. L'Anesthésie est aussi une composante de la formation chirurgicale. Il faut attendre 1947 pour que, dans le cadre de son congrès, la "Société Belge de Chirurgie" décide la création d'une section distincte pour l'Anesthésie. En 1948, l'APSA (Association Professionnelle des Spécialistes en Anesthésiologie) est créée et elle est affiliée comme telle au GBS à partir de 1954. Depuis lors, les associations de chirurgiens et d'anesthésistes poursuivent chacune leur propre chemin et il n'y a plus d'interaction entre les deux. Les deux spécialités et les deux équipes ont toutes les deux leur propre responsabilité. L'INAMI (créée en 1944) a suivi en élaborant une nomenclature distincte pour les prestations d'anesthésiologie à partir du 2 mars 1951. Une évolution historique similaire a été observée pendant la guerre pour la Gynécologie qui s'est profilée comme une spécialité distincte. La Vlaamse vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie voit ainsi le jour en 1968, certes après une séparation de la Société royale. La jurisprudence n'a malheureusement pas suivi cette logique de manière conséquente et s'efforce toujours d'associer le chirurgien "présent" en cas de problème durant l'anesthésie ou lors d'une intervention pour laquelle le chirurgien a été appelé.

Cela n'a cependant pas de sens de rendre le chirurgien coresponsable de fautes commises par l'anesthésiste. Ce dernier décide en toute autonomie de ce qu'il fait ou s'abstient de faire. Il n'est pas exceptionnel pour le chirurgien d'être appelé pour des interventions d'autres disciplines en peropératoire pour une complication.

A cet égard, il est recommandé que les autres disciplines chirurgicales examinent autant que faire se peut les interventions plus complexes dans un cadre pluridisciplinaire en préopératoire. Cela nécessite que dans chaque hôpital, les accords et les protocoles nécessaires existent pour favoriser la collaboration entre les différentes disciplines chirurgicales.

L'avenir de la chirurgie en Belgique et en Europe (J.A. Gruwez)

Extrait de l'exposé à l'occasion de l'éméritat du Prof. Roger Detry

Nous avons sollicité les avis de collègues autorisés tels que le Prof. Jacques Baulieux (Lyon), le Prof. M. Polonius, président de l'Organisation professionnelle des chirurgiens allemands (BDC), le Prof. Vassilios Papalois de Hammersmith à Londres, le Prof. Paul Broos et les Drs Joseph Weerts et Baudouin Mansvelt et nous avons essayé d'esquisser une synthèse de ces informations.

Où en est le recrutement des jeunes chirurgiens?

Dans les pays qui nous entourent, on est persuadé que les vocations chirurgicales diminuent : chaque fois, c'est le changement du mode de vie, le « life style », qui est mis en cause. Les jeunes, souvent également les femmes, préfèrent la vie familiale, les spécialités moins exigeantes, de formation plus courte et moins difficile, plus rentables, au Royaume-Uni les pratiques privées. A lire la presse médicale allemande, on croirait à une vraie phobie qui engendre des « Nachwuchskampagnen », campagnes de promotion en faveur de la

chirurgie. On y a constaté un engouement pour la chirurgie chez 20 % des jeunes étudiants, dont il ne reste que 5 % après le stage en chirurgie de la dernière année d'études.

En France, la pénurie rend les collaborateurs étrangers indispensables et il y aurait maintenant un certain retour des vocations.

En Belgique, les vocations chirurgicales semblent plutôt stables, mais il y a la féminisation et, selon le Prof. Broos, 1/3 des candidats, la moitié pour les candidates, décroche en cours de route et se dirige vers des autres spécialités chirurgicales comme par exemple l'urologie, ou des spécialités plus lucratives, par exemple la chirurgie plastique, ou franchement d'autres spécialités (ophtalmologie, urgences, ...).

Quelles sont les orientations de la chirurgie?

En France, 70 % de la chirurgie (viscérale) se fait dans le privé, 30 %, surtout la chirurgie lourde, « à l'hôpital ». Le Professeur Baulieux mentionne 2 évolutions capitales : augmentation de la gérontochirurgie et de la chirurgie ambulatoire. Il y a extension de la coelioscopie (vers le rectum, l'œsophage, le foie, une amorce prometteuse de la robotique, une place encore limitée pour la mini-invasive-maxima (l'abord transorificiel – NOTES)).

Evolution indiscutable vers l'hyperspécialisation dans les grands centres : chirurgiens hépatobiliaires, du tractus digestif supérieur, coloproctologiques, transplantation. Cette hyperspécialisation atteint aujourd'hui également les chirurgies spécialisées : elle se manifeste en orthopédie (hanches, genoux, colonne, etc.), en chirurgie cardiaque (valvules, coronaires, etc.).

Le phénomène est logique selon Polonius puisque dans les hôpitaux, les départements se multiplient et aussi bien les patients que les assurances exigent des spécialistes pour chaque traitement.

Il y a diminution des chirurgiens multipotentiels (le terme vient du Prof. Baulieux) avec évidemment des difficultés pour l'organisation des gardes – phénomène rencontré partout – en raison de cette hyperspécialisation, mais d'autres facteurs (Prof. Broos) favorisant sont la stratégie des programmes de soins et l'accréditation des hôpitaux (JCI, NIAZ) qui oblige les chirurgiens à s'engager sur des listes limitatives d'interventions.

Quelques domaines menacés : au Royaume-Uni en premier lieu, la Chirurgie générale. L'Allemagne mentionne la Chirurgie pédiatrique (à cause de la natalité), la Chirurgie thoracique par les avancées de l'oncologie, la Cardiaque par l'expansion des traitements interventionnels. Chez nous, la spécialité la plus fragile semble la Traumatologie, même chez les Orthopédistes, parce qu'exigeante (travail irrégulier, population difficile), l'avènement de traitements conservateurs des hémorragies, les fréquentes actions en justice, le peu de considération, le moindre intérêt financier. Egalement la Chirurgie du sein (les gynécologues faisant le diagnostic), mais aussi la Cardiaque et même la Digestive par l'expansion des procédures interventionnelles.

La Chirurgie est partout considérée comme une spécialité exigeante et la rémunération est unanimement estimée comme insuffisante proportionnellement aux exigences de la profession. Un exemple : Une journée de travail pour l'ophtalmologue de 8 à 16 heures avec 18 interventions pour cataracte représente un rapport de $18 \times 450 \text{ €} = 8100 \text{ €}$. La journée de travail du Chirurgien de 8 à 18 heures comportant une gastrectomie totale et une colectomie vaut $2 \times 650 \text{ €} = 1300 \text{ €} !!$

Pour couronner cette impression pessimiste, plusieurs pensent qu'effectivement, le rôle du chirurgien est en déclin : le diagnostic et les indications sont posés par les disciplines non chirurgicales, des maladies typiquement chirurgicales telles que l'ulcère gastrique ne le sont plus, les procédures interventionnelles progressent de concert avec la technologie. Selon un de mes informateurs, "the Golden Age of Surgery" est hélas révolu !

Des mots encourageants viennent de Polonius : un nombre croissant de maladies dégénératives seront générées par la démographie, les chirurgiens doivent être assertifs et démontrer aux patients quel est le traitement le plus sûr, Papalois croit que les spécialisations avec beaucoup de recherche translationnelle (l'Hépatobiliaire, la Traumatologie) resteront considérées et Mansvelt et Weerts conseillent aux chirurgiens de rester compétents, des interlocuteurs valables et de ne pas se limiter à devenir un simple exécutant.

Les aspirations des assistants

Nous n'avons évidemment pas pu mettre sur pied une enquête en bonne et due forme pour évaluer les opinions de nos jeunes collègues en formation, mais nous avons tenu, par un nombre appréciable de contacts directs avec des assistants en formation, à évaluer leur état d'esprit, leurs espérances, leurs craintes, leur conception de la profession.

Nos jeunes collègues semblent considérer la profession chirurgicale comme une activité de haut niveau mais aussi avec un engagement social certain et une bonne rémunération.

Une préoccupation majeure pendant la formation semble être l'acquisition d'une position une fois la reconnaissance acquise. Ceci étonne face aux clameurs concernant la pénurie de médecins et lorsqu'on voit le nombre d'annonces de postes vacants dans la presse médicale. Etre formé à une fonction autonome, pouvoir acquérir personnellement les capacités opératoires est une deuxième préoccupation. Dans ce contexte, d'aucuns pensent que la formation est trop orientée vers le fonctionnement des services !

Nous avons essayé de comprendre leur attitude vis-à-vis de schémas et d'horaires stricts pour l'activité chirurgicale. Une bonne moitié était plutôt favorable à un schéma de travail bien défini. Une question délicate concernait la dégradation de la relation personnelle médecin-malades, en rapport avec la substitution de celle-ci au profit de la prise en charge de plus en plus de rigueur aujourd'hui par "l'équipe". La toute grande majorité se déclarait cependant partisane de la relation bien personnelle médecin-patient, une (petite) minorité adhérerait plutôt au système équipe soignante-patient.

Cela fut confirmé par les réponses à la question de savoir si on se fiait au contrôle par le collègue de garde ou si on préférerait se rendre compte personnellement de l'état d'un malade qu'on avait opéré la veille. La réponse était pratiquement unanime en faveur de la seconde alternative.

Néanmoins, ils conçoivent la pratique de la profession comme un travail par une équipe enthousiaste, dynamique où les orientations sont bien distribuées mais la généralité préservée pour autant qu'elle soit nécessaire pour les activités de garde.

La préoccupation pour le fameux "changement du style de vie" n'apparaît pas manifestement, quoique quelques-uns mentionnent la qualité de vie, l'équilibre famille-profession, une obligation de gardes raisonnable, une décharge des tâches non médicales : bureaucratie, assistance sociale, etc. Le souci financier apparaît à peine.

Il convient de mentionner que presque tous considèrent les gardes comme une excellente opportunité d'acquérir plus d'expérience (opératoire) personnelle, mais l'opinion qu'elles représentent une exploitation de l'assistant n'est pas absente.

Prof. Dr J.A. Gruwez

VOTRE ADRESSE E-MAIL

Si vous souhaitez, en qualité de membre du GBS, recevoir notre newsletter électronique 'e-spécialiste' et être informé par mail encore plus rapidement des évolutions importantes de votre spécialité, il vous suffit de nous communiquer votre adresse e-mail. Comme il nous arrive régulièrement de nous adresser à l'ensemble des chirurgiens belges les adresses mail des non-membres sont également les bienvenues.

Ces adresses seront uniquement utilisées pour des mailings d'information relatifs à la défense des intérêts de la profession.

Envoyez vos nom et adresse e-mail à info@pbs-vbs.org ou complétez le coupon ci-dessous en caractères d'imprimerie et faxez-le au 02/649.26.90.

adresse e-mail : @

nom :

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Informez vos collègues de l'importance de l'Union professionnelle et du GBS ! Parlez-leur des nombreux avantages d'une affiliation. Il est possible de s'inscrire en remplissant et en renvoyant le formulaire d'affiliation ci-joint (également téléchargeable sur www.gbs-vbs.org). Remettez-leur ce formulaire d'affiliation et apposez votre signature à titre de parrainage.

Un aperçu des services du GBS :

- **Service d'information** : Les membres peuvent obtenir par téléphone ou par mail toute information concernant la législation et la réglementation en vigueur en matière de pratique médicale en général ou spécialisée. Le service d'information suit quotidiennement une réglementation complexe et aide le médecin à résoudre ses problèmes.
- **Service d'assistance juridique** : Avis et assistance personnalisée pour tout problème d'ordre professionnel.
- **Suivi des organes officiels**, comme la Commission nationale médico-mutualiste, le Conseil technique médical, le Comité de l'assurance, le Groupe de direction de l'accréditation, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, les différentes Commissions d'agrément, etc. et suivi des projets élaborés au sein des cabinets ministériels.
- **Publications** :
 - *Le Médecin Spécialiste* : périodique avec des informations pratiques pour les médecins spécialistes et une présentation des positions adoptées par le GBS. Envoi régulier de numéros spéciaux monodisciplinaires.
 - *e-spécialiste* : newsletter électronique envoyée aux membres du GBS suivant de près la législation pertinente pour les médecins spécialistes
 - www.gbs-vbs.org : website proposant des informations diverses, des archives détaillées des publications et des données d'accréditation réservées aux membres du GBS (accessibles par mot de passe)
 - *annuaire* : guide des médecins spécialistes affiliés, composition des organes de l'union professionnelle ainsi que des sections et boards de l'UEMS, etc.
- **Programme d'assurances** : en collaboration avec notre partenaire, le courtier en assurances Concordia, proposant des tarifs préférentiels aux membres du GBS.
- **Et bien d'autres choses.** Surfez sur notre website www.gbs-vbs.org ou téléphonez-nous au 02/649.21.47. Nous vous souhaitons la bienvenue dans notre union professionnelle !

