
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
des Médecins Spécialistes

Éditeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : F. Vandamme
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° SPÉCIAL / AVRIL 2015
Bureau de dépôt : Bruxelles

AUX MEMBRES DE L'UNION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS BELGES

Chères Consoeurs, Chers Confrères,

Par le biais de ce numéro spécial du *Médecin Spécialiste*, nous vous convions à l'**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE** de votre union professionnelle, qui se tiendra le :

SAMEDI 23 MAI à 15 h

à l'Hôtel HILTON Grand Place – Carrefour de l'Europe 3, 1000 Bruxelles

Nous espérons pouvoir compter sur votre présence ainsi que sur votre participation aux discussions relatives aux différentes questions d'intérêt pour notre profession.

Pour deux dossiers en particulier, à savoir le **financement des hôpitaux** et l'organisation des soins pour les **cancers rares**, il est primordial que les chirurgiens soient impliqués dans les discussions.

En effet, votre union professionnelle a déjà fait parvenir à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block, une réaction au rapport KCE 219 relatif à l'organisation des soins de santé pour les adultes atteints d'un cancer rare ou complexe. Le président Baudouin Mansvelt a également exposé la problématique dans son discours lors de notre assemblée générale 2014, dont vous trouverez le projet de compte rendu à la page 3 de ce bulletin.

Le comité directeur du GBS a créé des groupes de travail pour chacun des différents cancers repris dans le rapport du KCE 219 afin d'en analyser en profondeur les recommandations et à proposer une réponse constructive. Leurs conclusions ont été publiées dans le numéro de décembre 2014 du *Médecin Spécialiste*, que vous pouvez consulter en ligne sur le site Internet du GBS (www.vbs-gbs.org > BULLETIN > Le Médecin Spécialiste n° 8 : décembre 2014).

Cependant, il est primordial qu'en tant qu'union professionnelle, nous puissions nous-mêmes défendre une position largement soutenue.

Assemblée générale du 29.03.2014
Hôtel Le Méridien, Bruxelles

Présents :

Philip Boons, Marijke De Cat, Paul De Leyn, Roger Detry, Dirk Devriendt, Jacques Gruwez, Luc Haeck, Paul Herijgers, Baudouin Mansvelt, Joseph Weerts

Procurations :

Jacques Ballieux, Lieven Cardoen, Piet Casaer, Herman Ceuppens, Donald Claeys, Antoon De Bondt, Josse Delaere, Didier Deltour, Lieven De Ruyter, Eric Duponselle, Peter François, Tobie Gys, Jean Paul Haxhe, Marc Huyghe, Jean-Pierre Ivergneaux, Guido Jutten, Henri Kluge, Jan Lerut, Paul Leyman, Melanie Mansvelt, Pierre Mendes Da Costa, Michael Nachtergaele, Casper Sommeling, Francis Somville, Jean-Paul Squifflet, Flory Swinnen, Paul Van Schil, Etienne Van Vyve, Koen Vindevoghel, Herwig Vollon, Frank Wellens, Edo Wijtenburg

Compte rendu du trésorier, D. Devriendt

En 2013, les revenus se sont globalement maintenus, bien que les coûts clairement plus élevés aient entraîné un bilan un peu moins élevé que lors des années précédentes ; c'est la conséquence prévisible de l'organisation du meeting de l'UEMS à Bruxelles en septembre 2013. La situation financière devrait se rétablir dans les prochaines années.

Le rapport financier est approuvé et la décharge est accordée au comité directeur.

Discours du président, le Dr B. Mansvelt :

Nous nous retrouvons ce 29.03.14 pour notre assemblée générale des Chirurgiens. Cette année a été marquée par la concrétisation dans les textes des réflexions menées avec le Collegium Chirurgicum sur la formation des futurs chirurgiens. Que soient remerciés ici tous ceux qui ont participé à ces réunions sous la houlette de Donald Claeys, Dirk Van Raemdonck et Luc Haeck.

Notre union professionnelle est très variée et étendue, ce qui sera reflété dans le rapport de notre secrétaire général, Luc Haeck, que je remercie à cette occasion.

Cette année, je voudrais aborder les dangers de la concentration des cancers considérés comme rares ou nécessitant des traitements complexes, telle que proposée par l'étude du KCE.

Comme souvent, le KCE propose un rapport qui s'appuie sur des travaux provenant de pays étrangers, sans tenir compte des données spécifiques de la Belgique. Il est bien sûr évident que toutes les cancers rares ne pourront pas être réalisés dans tous les hôpitaux du Royaume, mais la centralisation à outrance n'en est pas pour autant justifiée. Pour ces pathologies, la chirurgie est souvent au centre des débats, notamment pour les pathologies oncologiques oesophagiennes, gastriques, pancréatiques, hépatiques, péritonéales, thyroïdiennes, les GIST et les tumeurs neuro-endocrines.

La question de la centralisation n'est pas soulevée parce qu'on aurait identifié en Belgique des mauvaises pratiques qui nécessiteraient d'y trouver des solutions. Il est en effet curieux, alors que la Belgique fait partie du peloton de tête sur le plan de la qualité de la médecine, qu'on y fasse pression pour réécrire les règles de fonctionnement des services hospitaliers, qui ont fait la réputation de notre médecine.

La prise en charge de ces cancers qui sont effectivement plus rares a un impact sur toutes les autres pathologies traitées dans nos institutions. La suppression pure et simple du traitement de ces pathologies entraînera inévitablement une baisse de qualité de celui des autres pathologies car la motivation des équipes chirurgicales diminuera et surtout, la pratique de la chirurgie baissera puisqu'elle sera moins sollicitée.

En effet, pourquoi maintenir des services de soins intensifs, de radiologie interventionnelle, PET CT-scanners, etc. pour des pathologies simples ? La fréquence individuelle de ces cancers dits rares est telle que, considérées dans leur ensemble, ces maladies génèrent à la fois un volume de travail significatif, un degré élevé d'occupation des lits et une large sollicitation de moyens techniques spécifiques.

Cette question ne concerne pas uniquement les chirurgiens ; elle concerne également les autres services médicaux et aura un impact direct sur le fonctionnement de l'hôpital. C'est

pourquoi je pense que les gestionnaires d'hôpitaux doivent également réagir.

L'argumentation utilisée par le KCE de centraliser ces cancers repose sur la notion que la prise en charge de ces pathologies est d'autant meilleure que leur fréquence au sein d'un hôpital augmente. Cette notion ne peut être totalement éludée, mais ce n'est pas parce qu'une activité minimum est nécessaire pour avoir une certaine expertise que cette activité doit être concentrée à outrance.

Le projet PROCARE, qui a été soutenu par l'union professionnelle des chirurgiens et qui concerne les pathologies pouvant être considérées comme rares (< 2000 cas/an), n'a pas montré de meilleurs résultats dans les centres traitant un volume important que dans les centres au volume moyen ! Il est surprenant que le KCE n'ait pas tenu compte de ces résultats, qui n'allaient peut-être pas dans la direction souhaitée. La concentration des pathologies est une idée que M^{me} la Ministre¹ a mis en avant à plusieurs reprises depuis plusieurs années.

Il me semble que notre préoccupation essentielle doit selon moi se focaliser sur l'offre des meilleurs soins que nous puissions proposer à nos patients. Il est donc indiqué que nous évaluions nos résultats avant de modifier totalement le fonctionnement de nos hôpitaux. Pourquoi ne pas réaliser des études pour ces cancers plus spécifiques équivalentes à celles réalisées dans PROCARE ? Et si des différences apparaissent entre les centres, des corrections doivent être proposées. Par contre, si on ne relève aucune différence, les modifications ne doivent pas être appliquées. Comme je l'avais dit l'année dernière lors de mon discours, la qualité de la formation de chirurgie en Belgique représente une de nos préoccupations essentielles, et c'est un élément dont il faut tenir compte pour juger de ce qui est réellement réalisé en Belgique, car notre formation est également parmi les meilleures.

Rapport du secrétaire général, L. Haeck

Depuis notre dernière assemblée générale statutaire, notre comité directeur s'est réuni à quatre reprises : le 27 juin, le 31 octobre, le 16 janvier, et aujourd'hui. Les thèmes figurant à l'ordre du jour étaient pratiquement toujours les mêmes. Voici un résumé de ces réunions :

✓ Commission d'agrément :

Cet été, la nouvelle commission d'agrément a enfin été nommée. Les candidats proposés ont été nommés, à l'exception de notre confrère Patrick Peeters. C'est notre confrère Marc Vanderveken qui a été nommé à sa place, même s'il avait préalablement remis sa démission. Naturellement, nous avons immédiatement signalé cette anomalie à la ministre. La mise en œuvre du Master après Master continue à susciter des remous, aussi bien chez les assistants que chez les formateurs. Au sein de la communauté des chirurgiens, nous sommes jusqu'à présent parvenus à trouver un équilibre, grâce à la collaboration de confrères universitaires.

Cependant, il reste primordial pour l'union professionnelle de jouer son rôle dans la formation des jeunes chirurgiens.

✓ UEMS :

Le samedi 21 septembre 2013 s'est tenue la réunion de la section Chirurgie de l'UEMS à Bruxelles, précédée d'un symposium la veille, organisé par notre ami Joseph Weerts. Nous le remercions pour sa très bonne organisation !

La réunion de samedi matin, au cours de laquelle la chirurgie belge a été présentée aux auditeurs européens, a également été un véritable succès. À cette occasion, on a rendu hommage à notre président honoraire Jacques Gruwez, pour son rôle directif au fil des années dans la section et – après Jan Yperman – le meilleur chirurgien yprois de l'histoire.

Voici les représentants actuels belges à l'UEMS :

Section Chirurgie : Joseph Weerts et Luc Haeck

Section Cardiothoracique : Paul Herygers

Section Thoracique : Tony Lerut et Dirk Van Raemdonck

Section Vasculaire : Patrick Peeters

¹ Onkelinx (NDLR).

Section Pédiatrique : Marc Miserez

Le GBS est le représentant de la Belgique au sein de l'UEMS, et tous les représentants y sont proposés par notre union professionnelle, par le biais du GBS. Il va donc de soi que seuls des membres de l'union professionnelle peuvent présenter leur candidature.

✓ Nomenclature :

Sous l'impulsion du secrétaire adjoint Philip Boons, l'union professionnelle a introduit auprès du Conseil Technique Médical de l'INAMI une proposition relative à la combinaison des interventions de chirurgie du colon et du foie ; cette question sera abordée au CTM. En ce qui concerne la nomenclature d'endoscopie, nous allons devoir discuter en profondeur avec les différentes parties avant de pouvoir soumettre un document structuré.

✓ Accréditation :

Au cours de l'année écoulée, nous avons mis à deux reprises l'accent sur la nécessité d'obtenir l'accréditation pour éviter que la formation continue des chirurgiens ne soit « extorquée » par l'introduction d'une recertification obligatoire. Je crains cependant que peu de nos confrères aient eu vent de ces inquiétudes. Espérons que cela n'aille pas aussi loin parce qu'en cas de mise en œuvre de la recertification, on ne manquera pas de protester et de demander pourquoi nous n'avons rien fait !

✓ GBS Central :

Au cours des réunions du comité directeur du GBS, auxquelles Baudouin Mansvelt et moi-même avons parfois participé, on est frappé par l'absence de nombreux délégués de différentes spécialités, en dépit du travail considérable du comité directeur, sous la direction assidue de Marc Moens et de Jean-Luc Demeere, avec le soutien de l'équipe du GBS (avec Fanny Van Damme, et récemment, Olivier Lambrechts).

Nous remercions également Raf Denayer, qui nous est toujours d'une grande aide dans tous nos questionnements, simples comme complexes.

Enfin, je souhaiterais également remercier notre cher confrère Luc Van Outryve, qui a remis sa démission pour des raisons personnelles et son départ à la retraite.

Merci pour tout, Luc, et nous te souhaitons beaucoup de réussite dans ta nouvelle vie.

Renouvellement du comité directeur :

Les membres suivants sont réélus pour un nouveau mandat de quatre ans :

- Président : B. Mansvelt (réélu)
- Vice-présidents : M. Joris, F. Swinnen, J. Weerts (réélu)
- Secrétaire général : L. Haeck (réélu)
- Secrétaire : P. Boons (en remplacement de L. Van Outryve)
- Trésorier : D. Devriendt (réélu)

Divers :

Étant donné que nous sommes de plus en plus souvent confrontés à de jeunes confrères chirurgiens diplômés mais ne trouvant pas immédiatement de lieu ou s'établir, l'union professionnelle, en collaboration avec la commission d'agrément chirurgie, souhaite établir un cadastre du nombre de chirurgiens actifs, de manière à obtenir un aperçu du besoin futur en chirurgiens².

La demande de cadastre a également été formulée par le Conseil supérieur à la suite du renouvellement de la formation en chirurgie.

Dirk Devriendt présente l'enquête. On pourra facilement y répondre en ligne, sur le site Internet de Belsurg. Les informations rassemblées seront traitées en toute discrétion et anonymat.

Compte rendu : Philip Boons

² Cette enquête a été envoyée en juin 2014 (NDLR).

Lettre à l'union professionnelle Anesthésie



BEROEPSVERENIGING DER BELGISCHE CHIRURGEN
UNION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS BELGES

Kroonlaan 20 Avenue de la Couronne - Brussel 1050 Bruxelles - ☎ 02-6492147 - 📠 02-6492690 - info@vbs-gbs.org

À Bruxelles, le 21 février 2015

À l'attention de : Dr R. Heylen
Président

Dr L. Van Obbergh
Secrétaire général

Union professionnelle des médecins
spécialistes en anesthésie et
réanimation

Copie : Dr Jean Luc Demeere,
Président du GBS

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Des confrères anesthésistes ont attiré notre attention sur un texte Safety First rédigé par le Dr E. Deflandre, le Prof. J. F. Brichant et le Dr M. De Kock.

Sous le titre VI version 2015 2.16.03, nous trouvons la remarque suivante :

*« Durant la période **entre la sortie de l'USPA et le retour à la maison**, l'anesthésiste-réanimateur assurera conjointement avec le chirurgien la surveillance postopératoire en ce y compris l'antalgie, la gestion des perfusions intraveineuses et de la thromboprophylaxie. Il participe ainsi avec le chirurgien à la détection et à la résolution des complications postopératoires. Le degré de satisfaction du patient sera également relevé. »*

Les membres du comité directeur de notre union professionnelle ont été quelque peu étonnés de la proposition de donner à l'anesthésiste l'ensemble des soins postopératoires. Dans la plupart des hôpitaux, on constate une bonne entente entre les anesthésistes et les chirurgiens. On tient compte du savoir-faire et de la responsabilité des deux disciplines.

Le chirurgien a cependant la responsabilité du diagnostic préopératoire, de l'indication d'intervention, du processus opératoire et des soins postopératoires. Il s'agit là de compétences chirurgicales.

Nous reconnaissons naturellement la responsabilité de l'anesthésiste dans l'évaluation préopératoire, l'anesthésie, les soins postopératoires directs et l'éventuel traitement en soins intensifs.

Cela se fait en concertation entre les deux disciplines. Une approche multidisciplinaire du patient est d'ailleurs une nécessité pour des soins optimaux.

Nous espérons que de telles démarches des auteurs ne provoquent pas de conflits entre le groupe chirurgical et le groupe anesthésiste.

Bien confraternellement,

Dr Luc Haeck,
Secrétaire général

Dr Baudouin Mansvelt,
Président

Lettre au Dr Maggie De Block, ministre de la Santé et des Affaires sociales



BEROEPSVERENIGING DER BELGISCHE CHIRURGEN
UNION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS BELGES

Kroonlaan 20 Avenue de la Couronne - Brussel 1050 Bruxelles - ☎ 02-6492147 - 📠 02-6492690 - ✉ info@vbs-gbs.org

À Bruxelles, le 12 janvier 2015

À l'attention de M^{me} Dr Maggie De Block
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Madame la Ministre,
Chère Consœur,

Il y a environ six ans, au cours d'un entretien entre l'union professionnelle des chirurgiens belges et les membres du cabinet de la ministre sortante, M^{me} Laurette Onkelinx, il avait été convenu d'une concertation continue au sujet de quelques questions importantes dont nous avons alors discuté, et qui avaient clairement suscité l'intérêt des membres du cabinet. Cependant, aucune nouvelle concertation n'a eu lieu depuis lors.

Nous nous permettons par conséquent d'attirer à nouveau votre attention sur un certain nombre de problèmes en suspens pour les chirurgiens belges.

1. À la suite de notre enquête relative à l'assistance opératoire (2006) et d'un entretien à ce sujet avec le collaborateur de cabinet d'alors, il avait été convenu de poursuivre la discussion relative à nos propositions, mais cela est resté sans suite. Les interventions opératoires sont réalisées par une équipe de : chirurgiens, anesthésistes, infirmière volante, infirmière instrumentiste et médecins assistants en formation en chirurgie. Ces différentes personnes constituent toutes un maillon essentiel dans le processus opératoire. Toutes ces tâches doivent être honorées. C'est pour cette raison que nous vous avons également soumis plusieurs propositions concrètes :
 - a. *Les interventions nécessitant uniquement l'aide d'une infirmière peuvent éventuellement être intégrées dans le prix de la journée d'hospitalisation.*
 - b. *Les interventions pour lesquelles une assistance est très importante sont honorées par les honoraires pour l'aide opératoire du médecin.*
 - c. *Les interventions présentant une complexité telle que deux chirurgiens doivent effectuer l'intervention ensemble, ne sont jusqu'à présent pas financées à leur juste valeur.*
 - d. *L'infirmière instrumentiste doit elle aussi être honorée mais cela fait partie de l'environnement opératoire, de même que l'infirmière anesthésiste qui en est également une composante.*
2. En tant que chirurgiens, nous sommes souvent appelés auprès de confrères de disciplines chirurgicales connexes lorsqu'ils sont confrontés à un problème en cours d'intervention. C'est alors au chirurgien de trouver une solution. Nous demandons dès lors qu'il y ait un contrôle minimum sur les interventions de ces

spécialistes d'appoint et que ces derniers restent responsables pour leur contribution dans l'intervention chirurgicale.

Il arrive trop souvent que la responsabilité soit automatiquement répercutée sur le chirurgien, rapidement disponible. Nous avons donc besoin de *guidelines* claires (d'application dans chaque hôpital) et éventuellement d'une législation claire en la matière.

3. De nombreux chirurgiens ont recours à des techniques endoscopiques. À cela s'ajoute le fait que les interventions évoluent de plus en plus vers des techniques endoscopiques et ouvertes combinées. Cependant la nomenclature de l'endoscopie a soudainement été rendue inaccessible aux chirurgiens, sans concertation avec les représentants de la chirurgie. L'endoscopie est devenue une exclusivité pour les gastro-entérologues alors que, dans le passé, ce sont généralement des chirurgiens qui ont été à l'origine de ces techniques.

Une solution temporaire a été trouvée via le Conseil Technique Médical mais, à l'avenir, il conviendra toutefois de prévoir une réglementation claire pour ne pas compromettre l'évolution ultérieure de la chirurgie. Dans ce contexte, nous pensons à l'évolution dans la Natural Orifices Endoscopic Surgery (N.O.T.E.S).

4. Les moyens financiers alloués aux soins médicaux ne sont pas illimités et des priorités claires doivent être établies. Les actes chirurgicaux constituent souvent l'élément essentiel de la plupart des traitements oncologiques. Cependant, les moyens financiers qui leur sont alloués sont beaucoup plus limités que ceux alloués aux traitements adjuvants. Une réflexion approfondie est nécessaire sur ce sujet à l'avenir.

Nous demandons dès lors de pouvoir poursuivre une concertation constructive avec vous et votre cabinet sur ces sujets importants.

Veillez agréer, Chère Consœur, l'expression de nos salutations confraternelles.



Dr Luc Haeck,
Secrétaire général



Dr Baudouin Mansvelt,
Président