
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
des Médecins Spécialistes

Éditeur responsable : Dr J.-L. Demeere
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 0770-8130 - MENSUEL
Numéro spécial/ AVRIL 2019
Bureau de dépôt: BRUXELLES X

NUMÉRO SPÉCIAL CHIRURGIE

Cher Collègue,

Cette édition spéciale du Médecin spécialiste a pour but de mieux vous informer sur les activités de notre **Union professionnelle des Chirurgiens belges**.

Ces derniers temps, il semble une fois de plus que ni les autorités, ni les hôpitaux, ni les mutuelles ne sollicitent l'avis des chirurgiens lorsqu'il est question de projet de réforme du paysage hospitalier. Les autorités récupèrent habilement les dissonances qui existent au sein de la communauté des chirurgiens pour nous affaiblir. Ceci explique que certains collègues se désintéressent de la défense professionnelle. Pourtant, il faut promouvoir efficacement nos intérêts, aujourd'hui plus que jamais.

Dans le dossier de la centralisation des pathologies de l'œsophage et du pancréas, notre union professionnelle affirme clairement que la centralisation des pathologies de l'œsophage et du pancréas est d'une logique inéluctable, mais elle déclare aussi que cette centralisation peut totalement s'organiser dans des réseaux interhospitaliers. Cette formation de réseaux s'est déjà en grande partie réalisée en Flandre et une concentration plus poussée des pathologies suivra certainement. Maintenant, en imposant la formation des réseaux, les autorités tentent de se profiler dans le paysage médical.

Ci-après, vous lirez pourquoi votre union professionnelle a introduit un recours en annulation contre l'AR des soins à basse variabilité

Les soins à basse variabilité sont une aberration qui menacent notre indépendance et portent préjudice tant au dispensateur qu'au bénéficiaire des soins. Nous sommes aussi très attentifs à l'endoscopie et aux opérations endochirurgicales. Nous demandons également des adaptations concrètes de la nomenclature.

Fin 2019, des élections ont de nouveau eu lieu pour le Collegium Chirurgicum. Un regain d'énergie s'impose

Dans cette édition, vous trouverez entre autres la lettre que nous avons envoyée à l'ensemble des députés belges, notre réaction à la réponse de la députée Ine Somers (Open VLD) – probablement dictée par un « expert » –, ainsi qu'une synthèse des motifs qui ont amené notre union professionnelle à introduire au Conseil d'État un recours en annulation contre l'AR des soins à basse variabilité.

Salutations collégiales,

Dr Luc Haeck
Secrétaire général

I. CENTRALISATION PATHOLOGIES ŒSOPHAGE PANCRÉAS

A. Lettre de l'Union professionnelle aux députés belges



Bruxelles, le 25 janvier 2019

Madame la Députée, Monsieur le Député,

Pour l'Union Professionnelle des Chirurgiens de Belgique, la centralisation des opérations du pancréas et de l'œsophage telle qu'annoncée par l'INAMI est extrêmement préoccupante.

L'accord présenté aux hôpitaux prévoit des quotas opératoires élevés (20 opérations par an) pour ces pathologies : en Belgique, cet objectif n'est à la portée que de 4 ou 5 hôpitaux pour les pathologies œsophagiennes, et 6 à 7 hôpitaux pour les pathologies pancréatiques.

À plusieurs reprises, nous avons transmis nos commentaires à la Commission Nationale Médico-Mutualiste (CNMM) et aux Ministres compétents.

À ce sujet, une réunion de la CNMM a eu lieu en septembre et le projet a été finalisé en décembre dernier. Cependant, les modifications introduites ne tiennent pratiquement pas compte de nos commentaires. De plus, les quotas opératoires ont même été revus à la hausse. En Wallonie, seul le CHU de Liège pourrait atteindre les quotas exigés!

S'il ne fait aucun doute qu'il faut centraliser ce type de chirurgie, en particulier la pathologie maligne (grave), en revanche, la manière d'instaurer cette centralisation va hélas ! à l'encontre de la réalité. Le projet globalise les pathologies bénignes et malignes alors que la complexité de ces interventions est radicalement différente.

L'intention du projet est claire : il y est question d'une centralisation excessive de ces pathologies et de la création d'hôpitaux à haut volume d'activité, alors qu'auparavant, il n'existait pas de contrainte.

La littérature internationale récente a donné tort à cette volonté de centralisation. Le *Journal of the American College of Surgeons* de juillet 2018 a publié un article sur la mortalité hospitalière annuelle liée à un organe spécifique (AIHM : annual organ-specific adjusted in-hospital mortality). L'étude

concernait des patients hospitalisés pour une opération de la vessie, de l'œsophage, du pancréas, du foie, du poumon et du rectum, entre 2003 et 2011. Au total, pas moins de **233 043** patients ont été étudiés.

Les patients bénéficiant d'une assurance privée et des revenus les plus élevés ont été opérés principalement dans des hôpitaux à haut volume. Cette différence est déjà une cause d'inégalité des résultats. Mais le raisonnement belge n'en tient pas compte.

D'autre part, les patients touchés par une comorbidité élevée (cumul de plusieurs pathologies) ont été opérés principalement dans des hôpitaux à bas ou à moyen volume.

Entre 2003 et 2005, la mortalité était plus élevée dans les hôpitaux à bas volume, pour toutes les opérations citées. Cependant, entre 2009 et 2011, les différences entre bas, moyen et haut volumes s'atténuent pour toutes les chirurgies viscérales.

L'étude américaine conclut qu'à mesure que les années passent, en comparant tous les centres entre eux, on constate une égalisation des taux de mortalité de toutes ces interventions lourdes.

En d'autres termes, il s'est avéré que les différences de mortalité entre les chirurgies se sont estompées au fil du temps, quel que soit le volume de l'hôpital où le patient avait été opéré, ceci résultant d'une amélioration du traitement, quel que soit le type d'établissement.

En Belgique, l'étude PROCARE a prouvé que les résultats de la chirurgie rectale de la plupart des hôpitaux sont équivalents, ce que confirme donc également l'étude AIHM.

Si nous extrapolons les résultats de cette étude pour notre pays, on se demande quels motifs fondamentaux justifient qu'on impose une telle centralisation. En se basant sur des chiffres inexistantes, on élabore des propositions qui ne sont absolument pas légitimes et dont l'utilité est en outre niée par une étude scientifique à grande échelle récente.

Les chirurgiens actifs dans nos hôpitaux à bas et à moyen volume ont besoin d'une expertise étendue dans ces domaines pour pouvoir exercer leur spécialité dans les meilleures conditions.

En Belgique, on fragilise l'avenir d'une formation chirurgicale complète et efficiente. Il faut s'attendre à ce que dans le futur, on forme des chirurgiens qui ne pourront plus mener à bien de lourdes opérations et ne seront donc plus en mesure d'offrir des soins de qualité à leurs patients.

Concrètement, l'Union Professionnelle des Chirurgiens souhaite :

1. Qu'une certaine centralisation de ces pathologies soit d'application dans

les hôpitaux disposant de l'infrastructure nécessaire (repris dans le projet) ;

2. Que les quotas opératoires soient revus à la baisse de façon à permettre aux hôpitaux régionaux de réaliser ces opérations ;
3. Que des projets de collaboration entre hôpitaux (même de différents réseaux) soient développés pour atteindre un certain volume (revu à la baisse) ;
4. Qu'au terme de quelques années, une évaluation objective ait lieu afin de vérifier le bien-fondé ou non de la centralisation de ces pathologies dans notre pays.

Nous nous tenons bien sûr à votre entière disposition pour discuter de ce projet, avec vous ou l'un de vos collaborateurs.

D'avance, nous vous remercions pour votre attention.

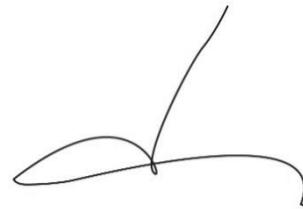
Avec nos sentiments respectueux,



Dr J.-L. Demeere
President of the Federation of
Belgian Professional Associations
of Medical Specialists



Dr L. Haeck
Secretary General of the Belgian
Professional Surgical Association
Belgian delegate of the section of surgery
UEMS



Dr B. Mansvelt
President of the Belgian
Professional Surgical Association

I. CENTRALISATION PATHOLOGIES ŒSOPHAGE PANCRÉAS

B. Réponse de l'Union professionnelle à Mme Ine Somers

Bruxelles, 15.02.2019

À l'attention de Mme Ine Somers

Madame Somers,

Nous avons bien reçu votre réponse à notre lettre. Permettez-nous de revenir avec vous sur certains points.

La réglementation concernant les opérations du pancréas et de l'œsophage a été conçue dans le but d'améliorer les résultats des traitements de tumeurs rares.

Les chiffres du Registre du Cancer servent toujours de référence. Ils concernent la période 2008-2015.

Cependant, la nomenclature concernée ne couvre pas seulement les pathologies malignes. Les pathologies bénignes du pancréas et de l'œsophage sont alignées au même niveau.

Pourtant, ces opérations ne sont pas identiques et leurs résultats diffèrent. En outre, les opérations du pancréas et de l'œsophage doivent être réalisées dans des circonstances autres que celles des interventions pour les pathologies tumorales. Nous pensons par exemple à des opérations visant d'abord d'autres organes abdominaux mais nécessitant aussi une intervention peropératoire sur le pancréas et l'œsophage. Nous pensons aux traumatismes survenus dans cette zone, comme la transection du corps pancréatique, les tumeurs stomacales distales incrustées partiellement dans le pancréas, les lésions œsophagiennes iatrogènes etc.

Vous affirmez qu'il est préférable de traiter les complications postopératoires dans quelques centres seulement. Cependant, de nombreuses complications postopératoires comme les hémorragies nécessitent des interventions immédiates. Lors des transferts vers ces centres spécialisés, beaucoup de décès surviendront.

En imposant de telles mesures, une partie de l'arsenal chirurgical est enlevé des mains expérimentées des chirurgiens abdominaux qui ont pourtant suivi une solide formation. Par ailleurs, les programmes de soins oncologiques n'ont pas été instaurés pour qu'on s'occupe des pathologies bénignes.

Vous rejetez l'étude de la ACS parce qu'elle ne concerne que la mortalité intrahospitalière. Le Registre du cancer reprend la mortalité située entre 30 et 90 jours. Souvent, les patients atteints de tumeurs au pancréas et à l'œsophage séjournent assez longtemps à l'hôpital et le décès est souvent la conséquence de complications postopératoires immédiates.

Vous parlez de transferts mais cela ne nous semble pas indiqué compte tenu de la mortalité intrahospitalière.

Concernant les tumeurs du pancréas, l'étude (\pm 15 000 patients pour le pancréas et \pm 7 500 patients pour l'œsophage) a d'ailleurs démontré qu'il n'existe pas de différence significative entre les hôpitaux à bas, moyen et haut volume, et concernant l'œsophage, il n'y a pas de différence entre les hôpitaux à haut volume et moyen volume traitant quelques dizaines de patients (entre 5 et 19 d'après la médiane).

Vous parlez d'un contrôle des résultats chirurgicaux pour les tumeurs du pancréas et de l'œsophage. Qu'en est-il du contrôle des traitements non chirurgicaux de ces tumeurs? En effet, la radiothérapie et la chimiothérapie causent une mortalité non négligeable mais surtout une morbidité considérable.

Qui contrôlera les résultats et comment? Ou bien fait-on complètement confiance aux disciplines non chirurgicales et seuls les chirurgiens sont étroitement surveillés ?

Après un an, quel que soit le traitement, la grande majorité des patients sont déjà décédés (pancréas : après 1 an 28 % de survie ; œsophage après 1 an < 50% de survie). Les 5 ans de survie concernent une infime minorité.

Vous mettez en doute la crédibilité de l'étude PROCARE en raison d'un parti pris dans les données. En effet, la participation à cette étude se faisait sur base volontaire. Le taux

de participation était le plus élevé en Flandre et ce de manière correcte. L'objectif était d'uniformiser et d'améliorer le traitement des tumeurs rectales, et nous y sommes parvenus.

Ci-dessous, vous trouverez deux diapositives du Pr. F. Penninckx, initiateur de l'étude, concernant les résultats de PROCARE. Vous constaterez que la Belgique atteint un 5 ans de survie optimale.

La concentration des dites pathologies lourdes s'inscrit parfaitement dans le cadre de la formation des réseaux hospitaliers. Il faut donner la chance à ces réseaux de s'organiser et ainsi de concentrer ce type de pathologies. Autrement dit, il faut travailler de bas en haut. En imposant aveuglément des règles par l'intermédiaire des pouvoirs publics, on obtient des effets contraires. Surtout lorsqu'il s'avère que les experts ne consultent qu'une poignée de collègues universitaires pour traiter cette matière.

Les collègues non universitaires ont été invités au dernier moment (trois jours avant la réunion) lors de la toute dernière rencontre.

Plus de 80% des opérations chirurgicales ont lieu dans un environnement non universitaire.

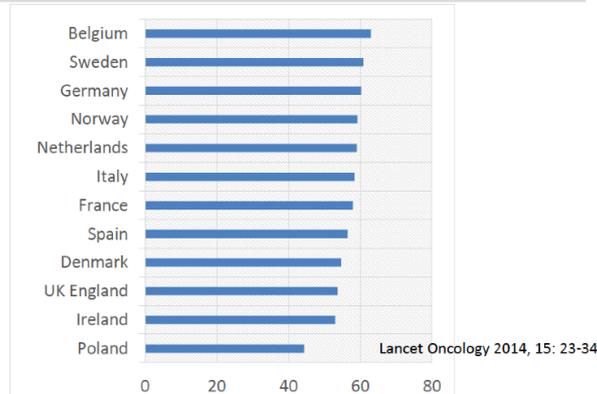
Nous sommes certains que les réseaux hospitaliers sont en mesure de développer des traitements corrects pour les pathologies lourdes (chirurgicales et non chirurgicales).

Salutations distinguées,

Dr Luc Haeck
Secrétaire général

Dr Baudouin Mansvelt
Président

5-yr age-standardized Relative Survival for rectal cancer 2000-2007



Besluiten

- België scoort zeer goed
- Volume effect ja, maar beperkt (welke cut-off?) en
- Centralisatie is geen garantie voor zorgkwaliteit
- Audit van zorgkwaliteit is essentieel
- Kanker-specifieke registratie moet verplicht worden
- Benchmarking en feedback naar teams
- Zorgkwaliteit bewaking door peers en de overheid

PROCARE
PROJECT ON CANCER OF THE RECTUM

I. CENTRALISATION PATHOLOGIES OESOPHAGE ET PANCREAS

C. Réponse de la ministre Maggie De Block aux questions parlementaires du 19.03.2019

¹Maggie De Block, ministre: « Monsieur Frédéric, je vous remercie de votre question. Vous faites référence à la lettre de l'Union professionnelle des chirurgiens de Belgique relative à la concentration de la chirurgie complexe du pancréas et de l'œsophage. À la faveur de ma réponse à votre question, je me devais de corriger certaines remarques contenues dans le courrier.

Le texte de la convention énonce très clairement en son article 5.2 que, en ce qui concerne le quota d'opérations, deux possibilités d'adhésion existent pour la chirurgie complexe de l'œsophage: un hôpital effectue au moins vingt interventions ou bien deux hôpitaux pratiquent chacun au moins dix interventions dans la même année après avoir conclu un accord de coopération.

Pour la chirurgie du pancréas, une troisième possibilité a été ajoutée: un hôpital qui pratique au moins dix interventions a conclu un accord de coopération avec deux établissements de soins qui ont effectué ensemble un total de minimum vingt-deux opérations au cours de la même année.

Le nombre d'hôpitaux qui peuvent ainsi adhérer à la convention concernant l'œsophage est estimé à environ 10 hôpitaux, dont 5 en Flandre, 2 à Bruxelles et 3 en Wallonie pour 510 œsophagectomies, au lieu de 52 hôpitaux actuellement.

Le nombre d'hôpitaux qui peuvent ainsi adhérer à la convention concernant le pancréas est estimé à environ 14 hôpitaux, dont 9 en Flandre, 2 à Bruxelles et 3 en Wallonie, pour 542 pancréatoduodénectomies, au lieu de 55 hôpitaux.

Pour établir les critères, nous avons tenu compte de plusieurs facteurs. Tout d'abord, les experts en matière de chirurgie du pancréas et de l'œsophage ont aidé à déterminer les critères requis en vue de garantir la qualité pour le patient. Le seuil de 20 interventions est pour eux le minimum absolu pour pouvoir garantir des soins de qualité. Certains ont demandé 40, mais cela représenterait deux centres en Belgique. C'était impossible.

La qualité des soins ne dépend pas seulement du chirurgien, mais aussi de l'expertise complète pré et post-opératoire. La concentration de la chirurgie ne peut pas engendrer de listes d'attente. C'est pourquoi les possibilités supplémentaires, mais temporaires, listées ci-dessus, sont prévues afin de rendre possible une transition fluide.

Des capacités de croissance directement disponibles des hôpitaux qui doivent maintenant réaliser au minimum 20 interventions par an, il apparaît qu'il y aurait le risque de ne pas pouvoir procéder à toutes les interventions – comme nous l'avons dit, 510 pour l'œsophage et 540 pour le pancréas – uniquement dans ces hôpitaux. C'est la raison pour laquelle les critères d'adhésion ont été modifiés, afin que deux hôpitaux, comptant au minimum dix interventions par an, puissent également y adhérer. Il est toutefois important qu'ils effectuent toutes les interventions dans un seul hôpital à partir du 1er janvier 2020.

Une répartition géographique optimale est nécessaire entre les hôpitaux qui adhèrent à cette convention.

Il existe une troisième possibilité d'adhésion à la convention concernant le pancréas, à savoir un hôpital avec plus de dix interventions qui s'allie à deux autres hôpitaux, pour un total de 22 interventions la même année. Ici aussi, la centralisation doit avoir lieu avant le 1er janvier 2020.

Ainsi que déjà précisé au premier point mentionné, la complexité de ce traitement ne réside pas seulement dans la procédure chirurgicale proprement dite, mais aussi dans l'expertise complète pré- et postopératoire disponible, afin de reconnaître, entre autres, très rapidement les signaux d'alarme. Cela permet également d'éviter ainsi de nouvelles interventions difficiles et cela vaut aussi pour les interventions lourdes en cas de pathologies bénignes.

¹ Compte rendu intégral de la Commission de la Santé publique 19-03-2019 (<http://www.dekamer.be/doc/CCRI/pdf/54/ic1059.pdf>)

Lors des discussions relatives à la rédaction des conventions, les chiffres du Registre du Cancer concernant la mortalité dans les 30 jours et dans les 90 jours dans les hôpitaux belges ont été commentés à plusieurs reprises. Ces informations sont basées sur les chiffres belges jusqu'à l'année 2015 incluse. L'analyse a clairement montré que les centres à volume élevé (autrement dit au moins 20 interventions par an) affichent de bien meilleurs résultats que ceux dont le nombre d'informations est plus faible.

Nous vous signalons également que le Registre du Cancer a présenté des résultats lors du Congrès international de la European Society for Medical Oncology en octobre 2018 à Munich, en Allemagne. En outre, le KC tire les mêmes conclusions dans ses rapports et ses recommandations sont d'ailleurs suivies par l'Agence intermutualiste et les mutualités, par les associations de patients ainsi que par la Fondation contre le cancer.

Les conventions prévoient un suivi étroit de la qualité et du volume par le biais de l'enregistrement et des résultats des indicateurs de processus. Toutes ces données font l'objet d'un suivi transparent dans des rapports annuels et des plans d'amélioration. Les résultats seront également publiés sur le site Internet de l'INAMI.

L'article 8 de la convention précise le contenu de l'évaluation finale. D'ici le 1er novembre 2021, un rapport intermédiaire sera également présenté aux comités d'assurances. En outre, il est prévu que les hôpitaux soient aussi soumis à un audit, qui sera validé par des experts internationaux.

Les deux conventions ont été approuvées à l'unanimité par la commission nationale médicomutualiste et la commission de convention avec les institutions de soins a également donné son approbation. Les hôpitaux peuvent introduire leur candidature jusqu'au 31 mars 2019. Les conventions individuelles entreront en vigueur au plus tard le 1er juillet 2019.

Une période de transition est, par ailleurs, prévue.

Composition des commissions d'agrément de Chirurgie

Communauté flamande

Sur mission de l'UNION PROFESSIONNELLE:

DE CAT Marijke
BOONS Philip
DEDRYE Lieven
DEVRIENDT Dirk (président)
GYS Tobie
VAN SLYCKE Sam
VINDEVOGHEL Koen
WILLEMSSEN Paul

Sur mission des FACULTÉS DE MÉDECINE:

DE LEYN Paul
FOURNEAU Inge
VERMASSEN Frank
FRANCOIS Katrien
SIMOENS Christian
DEBING Erik
HUBENS Guy
RODRIGUS Inez

Communauté française

Sur mission de l'UNION PROFESSIONNELLE :

Membres effectifs
Dr SCHILLACI Aude
Dr. WEERTS Joseph (président)
Dr JORIS Marc
Dr MANSVELT Baudouin
Dr LEBRUN Eric
Dr CORBISIER Fabrice

Suppléants
Dr MALVAUX Philippe
Dr VAZQUEZ RODRIGUEZ César
Dr MEHDI Abdel
Dr COLONVAL Philippe
Dr HAXHE Jean-Paul
Dr HERMAN Dominique

Sur mission des FACULTÉS DE MÉDECINE :

Membres effectifs
Dr VERHELST Robert
Dr LEONARD Daniel
Dr CLOSSET Jean
Dr LOI Patrizia
Dr QUANIERIS Janine
Dr DEFRAIGNE Jean-Olivier

Suppléants
Dr REDING Raymond
Dr LACROIX Valérie
Dr VANDEN EYNDEN Frédéric
Dr CADIERE Guy-Bernard
Dr DETRY Olivier
Dr DURIEUX Rodolphe

II. SOINS À BASSE VARIABILITÉ

Motifs de l'introduction d'un recours en annulation contre l'AR relatif aux soins à basse variabilité

1. L'INAMI a communiqué le montant global prospectif par admission à l'hôpital pour l'année 2019 au Moniteur belge du 31 décembre 2018, (Arrêté royal fixant, pour l'exercice 2019, le budget global du Royaume, visé à l'article 95 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux). Les montants dont il est question sont d'application pour toutes les admissions à l'hôpital débutant après le 31 décembre 2018 et avant le 1 janvier 2020. Compte tenu de la formulation de l'article 7, dernier alinéa de la Loi du 19 juillet 2018, cette communication a été publiée trop tard au Moniteur belge. En effet, elle devait être publiée avant le 1 décembre 2018, alors que la publication a seulement eu lieu le 31 décembre 2018.

2. Avant que l'arrêté d'exécution (in casu la décision contestée) de la Loi du 19 juillet 2018 ne soit publié au Moniteur belge, l'INAMI devait déjà diffuser une circulaire pour expliquer la répartition du montant global prospectif par admission.

Donc, force est de constater dès à présent que les autorités imposent aux médecins et aux hôpitaux une réforme du financement des hôpitaux qui impactera considérablement les médecins mais aussi les hôpitaux. Les médecins et les hôpitaux n'ont pas eu assez de temps pour se préparer sérieusement à l'application du nouveau système.

3. Conformément aux articles 31 et 32 de la Loi sur les hôpitaux, le gouvernement est tenu, avant d'élaborer des arrêtés royaux relatifs au financement des hôpitaux, d'obtenir l'avis du Conseil fédéral des Établissements hospitaliers (CFEH). À cet égard, l'article 32 de la Loi sur les hôpitaux est clair: d'une part, l'article 32 se réfère explicitement à l'article 100 de la Loi sur les hôpitaux (et la Loi du 19 juillet 2018 dont la décision contestée est l'arrêté d'exécution, se réfère à son tour au Chapitre VI du Titre III de la Loi sur les hôpitaux dont fait partie l'article 100 de la Loi sur les hôpitaux); d'autre part, l'article 32 stipule explicitement que le CFEH doit en général rendre un avis sur tous les problèmes survenant dans le cadre de la Loi sur les hôpitaux et ayant trait au financement des hôpitaux.

Dans de tels cas, le fait de ne pas accepter, ou plus grave, de ne pas demander l'avis du CFEH, signifie la méconnaissance d'une exigence de forme substantielle, au sens de l'article 14 de la Loi du Conseil d'État dont le non-respect peut être invoqué pour étayer un recours en annulation contre la décision contestée.

4. Outre l'avis du CFEH, la décision contestée devait aussi être présentée pour avis à la Commission nationale paritaire Médecins-Hôpitaux.

L'article 100 de la Loi sur les hôpitaux stipule en effet que le budget des moyens financiers, conformément aux conditions et règles fixées par le Roi au moyen d'un arrêté après concertation au Conseil des Ministres, peut également couvrir les frais liés aux prestations visées par l'article 102, 2°; a) jusques et y compris e) de la Loi sur les hôpitaux, pour des patients admis à l'hôpital et pouvant y séjourner.

L'avis de la Commission nationale paritaire Médecins-Hôpitaux devait aussi être demandé par la partie défenderesse. Cependant, cela n'a pas eu lieu.

L'arrêté royal du 2 décembre 2018 (= la décision contestée) est, pour ces motifs, en conflit avec les articles 6 et 7, alinéa 2 de la Loi du 19 juillet 2018. Le Comité de l'Assurance n'a notamment jamais pu se prononcer sur le projet de la décision contestée telle qu'elle a été finalement publiée, alors qu'à la suite des avis du Comité de l'assurance d'avril et septembre 2018, des modifications substantielles avaient pourtant été ajoutées à la décision contestée. Dans ce cas, les avis du

Comité de l'Assurance d'avril et septembre 2018 ne suffisent absolument pas. Par conséquent, il y a eu une violation d'une prescription de forme substantielle, telle que reprise aux articles 6 et 7 de la Loi du 19 juillet 2018.

5. Le droit aux honoraires, l'interdiction de subdivision des honoraires et le principe de prudence et de rationalité ont été transgressés:

- Dans certains cas, les médecins spécialistes ne seront que partiellement rémunérés pour les prestations qu'ils ont accomplies et ils ne recevront donc pas des honoraires complets ou corrects pour les prestations qu'ils ont accomplies;
- Dans certains cas, les médecins spécialistes ne seront pas du tout rémunérés pour les prestations qu'ils ont accomplies et ils ne recevront donc pas d'honoraires pour les prestations qu'ils ont accomplies;
- Pour certaines prestations, les médecins spécialistes devront partager leurs honoraires avec des collègues qui n'ont absolument pas accompli de prestation, et donc les médecins qui n'ont accompli aucune prestation recevront pourtant des honoraires;
- Il sera impossible d'attribuer certaines prestations à un médecin spécialiste en particulier, et donc, de nouveau, les médecins qui n'ont accompli aucune prestation pourraient pourtant recevoir des honoraires et à l'inverse, les médecins qui ont bien accompli des prestations pourraient ne pas recevoir d'honoraires (complets et corrects).

En imposant le nouveau système de financement des soins à basse variabilité et surtout en y prévoyant une méthode de calcul (dans la décision contestée) basée sur la médiane, on se dirige clairement vers une diminution la qualité des soins. En effet, un traitement éventuellement imprévu ne sera plus remboursé, et par conséquent, pour autant que cela soit faisable, la solution la moins coûteuse possible pour le patient sera appliquée ou bien, les soins seront reportés à un moment ultérieur de manière à ne plus devoir être dispensés sous le régime des soins à basse variabilité.

6. Les modalités d'admission sont discriminantes:

Un médecin spécialiste décide de l'admission d'un patient après que celui-ci ait été référé par le généraliste et/ou un médecin spécialiste ou à l'occasion d'une consultation dans ou hors de l'hôpital (et donc pas après un passage aux urgences) : ce médecin spécialiste peut facturer des honoraires pour sa consultation.

Un médecin spécialiste admet le même patient à l'occasion d'une consultation aux urgences: ce médecin spécialiste ne peut pas facturer de prestation pour cette admission et il ne peut donc pas recevoir d'honoraires parce que sa prestation est couverte par le montant global prospectif.

III. NOMENCLATURE ENDOSCOPIQUE

Lettre de l'Union professionnelle au CTM



À l'attention de:

Dr Jacques de Tœuf
Président Conseil Technique Médical - INAMI

Dr Marc Moens
Secrétaire général GBS

Bruxelles, 23 avril 2019

Concerne: proposition nomenclature endoscopique pour les chirurgiens

Chers Collègues,

En référence à notre lettre du 27.09.2010 et à la lettre de la Société royale belge de Chirurgie du 02.03.2011 (voir annexes), nous attirons de nouveau votre attention sur l'endochirurgie dont l'usage se généralise dans le monde entier. Concernant les chirurgiens belges, nous déplorons qu'aucune solution n'ait encore été proposée dans ce dossier malgré nos courriers répétés. Les patients qui peuvent se le permettre consultent de plus en plus souvent les collègues qui appliquent les diverses techniques endochirurgicales dans leur pratique quotidienne. En raison de lacunes concernant la nomenclature et l'indemnisation du matériel, seuls les patients qui peuvent prendre ces frais à leur charge ont la possibilité d'en bénéficier. Conséquence logique, on se trouve alors face à une médecine à deux vitesses.

Par le passé, les gastro-entérologues ont eu une réaction corporatiste et les chirurgiens n'ont pas pu avoir accès à l'endoscopie : ceci explique le retard de la Belgique par rapport à la plupart des pays occidentaux ! Dès lors, nous insistons énergiquement pour qu'une solution soit élaborée à court terme.

Concrètement, on propose la nomenclature suivante:

Concernant les techniques endoscopiques générales utilisées par le chirurgien en pré-, per- et postopératoire, en rapport avec l'intervention spécifique:

Examen du tube digestif supérieur au moyen d'une endoscopie	K 106
Examen du rectum et du sigmoïde ou du colon jusqu'à la partie gauche du colon, au moyen d'une endoscopie	K 40
Examen du colon jusqu'à la jonction iléo-caecale, au moyen d'une endoscopie	K 141
Résection d'une tumeur du tube digestif par une dissection submucosale, au moyen d'une endoscopie	K 200
Résection d'une tumeur du tube digestif par les techniques de la mucosectomie, au moyen d'une endoscopie	K 150

Y compris les forfaits matériels correspondants

Concernant les nouvelles endo-techniques chirurgicales:

Gastroplastie endoscopique chirurgicale au moyen d'une endoscopie flexible	N500
--	------

<p>(conditions: interventions bariatriques chirurgicales, BMI > 30 kg/m², équipe multidisciplinaire (psychologue – diététicien – endocrinologue)</p> <p>Indication: la gastroplastie endoscopique avec endoscope flexible est une nouvelle technique de l'arsenal des traitements du chirurgien bariatrique. Dans le monde entier, cette technique peu invasive utilisée à un stade précoce et qui ne laisse pas de cicatrices, peut éviter aux patients en hôpital de jour de subir une opération plus lourde. Les patients perdent environ 45 % de leur poids après 1 an. L'objectif de cette intervention est de briser le cercle vicieux des prises de poids. L'intervention est réversible à 100 %.</p>	<p>Forfait matériel: 2500</p>
<p>Extraction transgastrique/transorale/transvaginale de la vésicule biliaire au moyen d'une endoscopie flexible</p> <p>Indication: la technique hybride NOTES (laparoscopie + natural orifice) est en progression. L'ablation de la vésicule biliaire dans le cadre d'un bypass gastrique à travers la poche de l'estomac est pratique, rapide et entraîne moins de risques de lésions. La cholecystectomie transvaginale hybride se caractérise par des douleurs moindres, un rétablissement plus rapide et moins de problèmes de lésions. Cette technique n'est bien entendu pas un traitement standard mais à l'avenir elle sera plus fréquente dans des cas bien précis.</p>	<p>N400</p> <p>Forfait matériel: 600</p>
<p>Hémicolectomie hybride transvaginale/transrectale gauche pour des pathologies bénignes:</p> <p>Indication: le concept NOSE (natural orifice specimen extraction) existe déjà depuis un certain temps. L'idée est d'extraire un grand échantillon par voie naturelle et de limiter ainsi le traumatisme transabdominal. Les résultats sont très prometteurs avec un bon taux de réussite (moins de douleurs, rétablissement plus rapide, moins d'infections des blessures). Par exemple, un côlon gauche/sigmoïde dans le cadre d'une maladie diverticulaire peut être extrait de manière tant transrectale que transvaginale en combinaison avec une (mini-)laparoscopie.</p>	<p>N 650</p> <p>Forfait matériel conforme au forfait actuel</p>
<p>Ablation transmurale (full thickness) d'un polype (pré-)malin dans le tractus gastro-intestinal au moyen d'une endoscopie flexible avec ou sans mini-laparoscopie simultanée et occlusion endoluminale de l'anomalie</p>	<p>N500</p> <p>Forfait matériel: 2000</p>
<p>Dilatation de l'œsophage après sténose à la suite d'une chirurgie de l'œsophage antérieure (par ex. atrésie de l'œsophage)</p>	<p>N300</p> <p>Forfait matériel: 600</p>
<p>Endo-échographie péroopératoire du bassin inférieur en traitement des fistules ou de l'instabilité du plancher pelvien</p>	<p>N 400</p> <p>Forfait matériel 75</p>

Bien entendu, nous restons à votre entière disposition si vous souhaitez poursuivre le dialogue et les chirurgiens qui pratiquent fréquemment ces opérations peuvent vous fournir plus d'informations sur ces techniques.

Salutations collégiales,

Dr Luc Haeck
Secrétaire général

Dr Baudouin Mansvelt
Président