
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° 4 / JUIN 2018

Bureau de dépôt : Bruxelles

ÉLECTIONS MÉDICALES PROLONGÉES

JUSQU'AU 2 JUILLET 2018 INCLUS

EN RAISON DE PROBLÈMES TECHNIQUES LIÉS À LA PROCÉDURE DE VOTE

Cher Membre,

Vous avez certainement déjà lu ou vous l'avez peut-être constaté vous-même, les élections médicales ont dû être suspendues du vendredi 8 juin au mercredi 13 juin 2018. Cette mesure prise par l'INAMI était indispensable en raison de problèmes techniques liés à la procédure de vote. Entre-temps, les informaticiens de l'INAMI ont identifié et solutionné les problèmes et l'application de vote est à nouveau accessible depuis le mercredi 13 juin 2018.

Vu cette suspension de presque 4 jours, la Médicomut du lundi 11 juin 2018 a décidé de prolonger la période des élections **jusqu'au 2 juillet 2018 inclus**. À cet effet, un arrêté ministériel a été élaboré. Initialement le dernier jour des élections était le 26 juin.

Quid des votes déjà effectués?

Lorsque le vote a été interrompu 447 médecins avaient déjà voté ou essayé de voter. Il a été décidé de mettre le compteur à 0. Cela implique que les médecins dont le vote a déjà été enregistré - malgré le problème technique - doivent aussi revoter.

Il n'y aura pas de nouveaux token. Les médecins qui se sont connectés le jeudi 07.06.2018 ou vendredi 08.06.2018 et ne possèdent plus leur token peuvent, moyennant des conditions strictes, demander un token de remplacement selon la procédure suivante :

Comment demander un nouveau token?¹

1. Signalez l'indisponibilité du token à SEC_DIR_MED@riziv.fgov.be en mentionnant :
 - a. votre nom et numéro INAMI
 - b. une déclaration sur l'honneur (dans l'e-mail) que le token n'est plus en votre possession

¹ Uniquement nécessaire pour les médecins qui se sont connectés les 7 ou 8 juin à l'application de vote et qui ne disposent plus de leur token.

- c. que vous demandez un token de remplacement
2. l'INAMI vérifie alors si le médecin est bien éligible et s'il s'est connecté le jeudi 7 ou le vendredi 8 juin
3. en vue d'une utilisation correcte et fiable de cette procédure, l'INAMI téléphonera au médecin, sur base du numéro de téléphone indiqué dans MyInami, et ce, pour vérifier son identité
4. pour cela, le numéro de téléphone auquel le médecin peut être appelé doit se trouver dans MyInami (à cette fin, vous pouvez vous connecter à MyInami, vérifier et, si nécessaire, adapter vos données)
5. si toutes les vérifications sont correctes, un jeton sera envoyé par courrier le jour ouvrable qui suit, à l'adresse reprise dans MyInami.

Des élections avec un enjeu important

La commotion autour du faux départ de la procédure de vote fait presque oublier l'enjeu très important de ces élections médicales.

Trois syndicats sollicitent le vote des médecins belges.

- Liste 1: **ABSyM-BVAS (Association Belge des Syndicats Médicaux – Belgische Vereniging van Artsensyndicaten)**
- Liste 2: Kartel-Cartel [Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB) + Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO) + Monde des Spécialistes (MoDeS)]
- Liste 3: AADM (Alliantie Artsenbelang-Domus Medica)

Le GBS est incontestablement l'organisation médicale belge qui regroupe le plus de membres mais il n'est pas considéré comme représentatif auprès de l'INAMI parce qu'il ne compte pas de généralistes.

Tous les médecins, quel que soit leur statut (actif, pensionné, en formation, indépendant, salarié), qui figurent sur les listes électorales de l'INAMI arrêtées le 21 mars 2018, peuvent voter électroniquement.

Vous pouvez vous connecter sur [l'application électronique de l'INAMI](#) avec votre carte d'identité électronique et votre code PIN.

Le 6 juin 2018, l'INAMI vous a envoyé un courrier ordinaire contenant votre token personnel. Ce token est une combinaison unique de 11 caractères (chiffres et lettres) correspondant à un droit de vote unique et anonyme. Vous aurez besoin de ce code unique pour confirmer votre vote.

Aux médecins qui souhaitent de l'aide pour se connecter, **l'équipe du GBS se tient à leur disposition tant par téléphone que dans ses bureaux à Ixelles (avenue de la Couronne 20, 1050 Bruxelles – 02/649 21 47)**. En cas de problème technique, il faut s'adresser directement au helpdesk de l'INAMI (helpdesk@inami.fgov.be, 02/739 74 74).

Le GBS recommande vivement aux spécialistes de voter. Si lors d'élections nationales, on ne doit pas nécessairement être affilié à un parti politique pour pouvoir voter, il en va de même pour les élections médicales : pour pouvoir y participer, le médecin ne doit pas nécessairement être membre d'une des organisations médicales représentatives.

Même si la participation aux élections médicales n'est pas une obligation légale, les médecins ont tout intérêt à voter pour une des organisations médicales représentatives. Celles-ci auront d'autant plus de poids pour pouvoir faire valoir leurs arguments au sein de l'INAMI et être prises au sérieux par les décideurs politiques. Lors des élections de 2014, seulement 37 % de l'ensemble des médecins ayant droit de vote y ont participé. Les politiciens n'ont pas manqué de stigmatiser à maintes reprises

la représentativité des organisations médicales et les avis de celles-ci n'ont pas été écoutés. Un niveau de participation plus élevé permettrait donc d'accroître la légitimité des syndicats médicaux.

C'est le pourcentage de votes obtenus qui détermine le nombre de sièges que peut occuper chaque syndicat au sein des divers organes politiques de l'INAMI. Les deux organes les plus connus qui ont un lien direct avec la médecine spécialisée sont:

- Le Conseil Technique Médical (abrégé CTM) qui peut introduire de nouvelles prestations dans la nomenclature des prestations de santé, évaluer les prestations existantes et leur attribuer un montant d'honoraires;
- La Commission Nationale Médico-Mutualiste ou médicomut où les médecins et les mutuelles concluent entre autres des accords sur la répartition du budget médical alloué.

En analysant l'accord médicomut conclu le 19.12.2017, on constate qu'au sein de l'accord en cours, les syndicats médicaux devront défendre leur position dans beaucoup de dossiers. Ci-dessous, voici une petite sélection des dossiers qui seront discutés et défendus à la médicomut dans les semaines et mois à venir.

« 4.1.3.1.1. Application de la directive clinique relative à la lombalgie et à la douleur radiculaire. Le KCE a récemment élaboré une directive sur la prise en charge des lombalgies et des douleurs radiculaires, depuis l'évaluation initiale jusqu'à la reprise éventuelle des activités professionnelles, y compris tous les traitements invasifs et non invasifs. Dans ce cadre, un itinéraire de soins cliniques a été développé en vue d'une approche optimale de la lombalgie. En concertation avec le groupe de direction EBP, la CNMM élaborera une stratégie concrète de communication et de mise en œuvre d'ici le 30 juin 2018.

4.1.3.1.2. Adaptation de la nomenclature pour la pathologie de la colonne vertébrale.

Le nombre d'interventions chirurgicales sur la colonne vertébrale s'est accru de 40 % au cours des 15 dernières années. On observe également une forte variation dans la pratique, ainsi qu'un nombre croissant de cas de "failed back management syndrome".

Aux fins de mieux gérer ces évolutions, la nomenclature sera révisée dans le courant de l'année 2018 et un plan d'amélioration sera concrétisé sur la base des principes suivants ...

4.1.3.2. Soins complexes aux cancéreux

Pour le 30 juin 2018, après concertation au sein de la CNMM, des propositions de conventions avec des hôpitaux individuels seront soumises au Comité de l'assurance afin d'améliorer l'approche des interventions chirurgicales complexes pour les tumeurs de l'œsophage et du pancréas. Dans le cadre des interventions complexes et de haute technicité, le patient doit pouvoir compter sur des soins de qualité qui sont dispensés dans un environnement adapté garantissant l'expertise nécessaire appliquée et améliorée en continu.

4.2.7. Médecins spécialistes.

La CNMM insiste pour qu'on investisse également dans le développement d'applications logicielles pour les dossiers de patients de médecins spécialistes, pour autant qu'ils ne puissent pas être intégrés dans le DPI de l'hôpital.

4.3. Suppléments d'honoraires.

Conformément au précédent Accord médico-mutualiste, l'AIM a procédé à une analyse des suppléments d'honoraires pour les séjours hospitaliers. Cette étude qui est publiée sur le site web de l'INAMI identifie un certain nombre de points noirs et formule diverses recommandations.

Sur la base de cette étude, la CNMM formule les propositions qui suivent dans les domaines suivants:

- la création d'une plus grande transparence envers les patients ;
- la correction des suppléments d'honoraires dans des situations particulières ;
- le ralentissement du rythme de croissance des suppléments d'honoraires.

4.3.1.1. La CNMM convient que d'ici le 1er janvier 2019, tous les hôpitaux devraient fournir une estimation préalable des coûts pour une liste de traitements courants en faveur des patients hospitalisés.

La CNMM souhaite élaborer un modèle standard en étroite concertation avec les représentants des hôpitaux.

4.4.3. Responsabilisation.

Un mécanisme de responsabilisation financière des prescripteurs est instauré en biologie clinique et en imagerie médicale. À cet effet, une nette distinction selon l'origine des prescripteurs (médecin généraliste ou médecin spécialiste) sera désormais établie dans l'enveloppe pour les prestations ambulatoires de biologie clinique et d'imagerie médicale. En cas de dépassement de l'enveloppe, les prescripteurs qui atteignent une haute fréquence ou un haut volume de prescription seront placés sous monitoring ? Les organismes assureurs et les GLEMs seront informés. Pour autant qu'aucun changement dans le comportement de prescription ne soit constaté, des mesures financières seront prises. Pour le 30 juin au plus tard, la CNMM concrétisera ces 19 principes où tant le rôle du prescripteur que le rôle du dispensateur de soins seront pris en considération.

4.5. Accréditation.

La CNMM convient que le système actuel d'accréditation doit être complètement réformé en un système de perfectionnement professionnel continu et de promotion de la qualité mesurable, en tenant compte également des objectifs en matière de soins efficaces. À cette fin, la CNMM, en coopération avec le CNPQ et en accord avec le SPF Santé publique, élaborera une proposition concrète d'ici le 30 septembre 2018 sur la base des principes suivants ... »

Voici les résultats des dernières élections (2014) en %:

	Total des votes	Généralistes	Spécialistes
ABSyM-BVAS	55,2	24,2	80,6
Kartel-Cartel	22,4	32,5	14,2
AADM	20,7	42,0	3,2
Non valable	1,7	1,3	2,0

Aux dernières élections, le taux de participation a été bien plus élevé chez les généralistes que chez les spécialistes, avec respectivement 42,9 % et 34,0 %. Il ne faut donc pas s'étonner qu'au cours de la période 2014-2018, l'on se soit davantage préoccupé de la médecine générale que de la médecine spécialisée. A titre d'exemple, relevons simplement le soutien financier qui lui a été accordé pour l'informatisation de la pratique. Les médecins spécialistes sous-estiment trop l'impact des élections médicales.

C'est pourquoi nous soulignons l'importance majeure de ces prochaines élections médicales. Les résultats sortis des urnes établiront l'influence de chaque syndicat dans les futures négociations qui détermineront l'orientation future des soins médicaux belges. Et les politiciens devront tenir compte des poids respectifs des trois syndicats médicaux dans leurs décisions politiques.

Le comité exécutif du 23.04.2018 donne sa préférence à l'ABSyM et a décidé de lancer un appel pour voter pour l'ABSyM.

VOTEZ MASSIVEMENT

Votez ABSyM. VOTEZ 1.

Activités du CTM de 2014 à 2018

Il est intéressant de se pencher sur les activités du Conseil Technique Médical durant ces 4 dernières années. C'est le fruit de travaux multiples menés tant au sein du Conseil qu'auprès des différents groupes professionnels concernés. L'ABSyM a souvent introduit des projets innovants de modification de nomenclature, généralement en collaboration avec les groupements professionnels de médecins spécialistes (GBS).

En **médecine de laboratoire**, les adaptations nécessaires pour inclure les progrès technologiques dans la nomenclature ont été réalisées dans plusieurs domaines, notamment: l'hématologie, la bactériologie avec Escherichia coli, Bordetella pertussis, Toxoplasma, la détection de BK, la révision des tests Hépatite C; la rénovation de la partie biologie moléculaire et génétique avec la création des nomenclatures des tests génétiques prédictifs dans les articles 33bis et ter, sans oublier la percée du NIPT, l'adaptation de la technique de PCR pour les transplantations, la création de la nomenclature pour les diagnostics compagnons, la détection de BK, en lien avec la cancérologie avec le test KRAS ; la cytologie en phase liquide, et enfin, les dosages de calprotectine et des marqueurs osseux.

En **imagerie médicale**, les indications de PET scan ont été revues. Le Cone Beam CT a fait l'objet de nombreuses discussions en lien aussi bien avec l'imagerie des membres périphériques qu'avec les domaines maxillo-facial et dentaire. La mammographie a fait l'objet de débats continus pendant plusieurs années : ont été introduites les notions de dépistage individuel et un honoraire pour la digitalisation. Le SPECT a également été revu ainsi que les dispositions concernant le CT dentaire et les cumuls pour les CT et résonances magnétiques du rachis. L'échographie des seins a aussi retenu l'attention.

L'ABSyM a souvent introduit des projets innovants de modification de nomenclature, généralement en collaboration avec les groupements professionnels de médecins spécialistes (GBS)

En **chirurgie**, le CTM a fait des propositions pour la neuronavigation en radiochirurgie, la lithotripsie, une précision pour les interventions endovasculaires percutanées avec une simplification des enregistrements, des prestations de chirurgie abdominale urologique et gynécologique ont été créées ou adaptées. Les prestations sous hystérocopie et les curetages ont été revus ainsi que l'application de la technique laser pour les lésions du col utérin. La chirurgie des voies lacrymales et des paupières a été rénovée, des dispositions ont été

prises pour rembourser plus fréquemment les traitements d'hypertrophie mammaire et sein tubéreux, et des prestations de stomatologie ont été réglées.

Les règles concernant l'attestabilité des prestations de la procréation médicalement assistée (PMA) en fonction de l'âge ont été revues. En chirurgie oncologique multiple dans un même champ opératoire, les règles de cumul ont été adaptées. Citons aussi la cystoscopie associée à la mise en place d'un treillis péri urétral, le remboursement d'une prestation endoscopique ORL d'étude dynamique de la déglutition et la révision de l'échographie de grossesse. Toujours au niveau des prestations chirurgicales, en stomatologie, il y a eu une révision des prothèses pour fracture ou exérèse dans le cadre d'un cancer. Last but not least, en **gynécologie**, les prestations d'accouchements et les anesthésies épidurales réalisées au cours de ceux-ci ont reçu la possibilité de porter en compte un honoraire d'urgence.

En ce qui concerne les **disciplines de nature médicale**, des révisions ont été faites en rhumatologie, une nouvelle nomenclature de gastroentérologie a été rédigée, avec amélioration des aspects liés à la connexité au sein des disciplines de médecine interne par rapport à la gastroentérologie, et la consultation de neuropédiatrie a été créée.

En **dermatologie**, la photothérapie dynamique a été précisée. On a aussi créé une nouvelle nomenclature pour les excisions de lésions cutanées avec sutures et/ou lambeau de glissement.

En **physiothérapie et rhumatologie**, les électromyographies de surface ont été précisées.

En **médecine d'urgence et soins intensifs**, la nomenclature de soins intensifs avait été revue avant la période concernée. Des dépassements des dépenses par rapport au budget consenti ont obligé à écrire toute une série de nouvelles règles d'application avec modification des règles de cumul de ces prestations entre elles ou avec des honoraires de surveillance aux hospitalisés, des modifications des règles d'admission, la révision des honoraires A et C dans les services d'urgence, l'introduction d'une liste des médecins de permanence en **Unité de soins intensifs** (USI), confiée au médecin-chef de l'institution, et la révision des libellés des codes nomenclature USI qui avaient été récemment créés.

De façon générale, les honoraires de surveillance ont fait l'objet d'une relecture. La période d'immunité de 5 jours après une intervention chirurgicale dans le cadre de laquelle aucun honoraire de surveillance ne peut être attesté, a été supprimée pour les **gériatres**. Les consultations de longue durée ont été introduites pour les différentes spécialités quand elles s'adressent à des patients chirurgicaux dans le post-opératoire. Les règles de rééducation multidisciplinaire pour le rachis ont été revues. Une nomenclature de chirurgie de la colonne est en cours de révision, introduisant le concept novateur de Spine Unit, avec consultation multidisciplinaire à l'appui. Dans les prestations plus générales, on peut également ajouter une consultation revalorisée introduite pour les consultations en oto-rhino-laryngologie en physiothérapie et en chirurgie.

La période d'immunité de 5 jours après une intervention chirurgicale dans le cadre de laquelle aucun honoraire de surveillance ne peut être attesté, a été supprimée pour les gériatres

La nomenclature de **la douleur chronique** a également fait l'objet d'une révision.

En 2016, un temps considérable a été consacré à transposer en nomenclature les décisions prises par la taskforce avec pour objectif de réaliser des économies substantielles : ont été concernés les traitements chirurgicaux de la cataracte, le CMV et la toxoplasmose, l'anatomie pathologique avec les tests HER, l'électrocardiographie cumulée à l'épreuve d'effort, la coloscopie et la résection de polype, le duplex couleur vasculaire, l'échographie transthoracique, la radiothérapie, la cardiocotographie, les mesures de flux coronaire.

Au surplus, le CTM a tenu plusieurs réunions communes avec la commission de remboursement des implants et du matériel médical, pour coordonner les actes de nomenclature avec la liste des matériels remboursables sous conditions, pour mettre en place des procédures symétriques et contemporaines de l'introduction des innovations des deux côtés. Dans un certain nombre de cas, des réajustements de nomenclature ont été effectués à la demande de cette commission implant pour permettre le remboursement d'implants novateurs.

« L'exclusion des hôpitaux pour toute la pathologie pancréatique et de l'œsophage est un non-sens »

En 2012, le KCE a publié une mise à jour des directives pour le cancer du pancréas et de l'œsophage². En exécution de l'accord médico-mutualiste 2018-2019, une proposition d'accord avec les hôpitaux individuels devait être présentée à la CNMM³ pour améliorer l'approche de la chirurgie complexe des tumeurs de l'œsophage et du pancréas.

Cependant, la proposition d'accord soumise à la CNMM va bien plus loin et concerne la chirurgie de l'œsophage et du pancréas tant oncologique que non oncologique. Si on peut comprendre que certaines tumeurs nécessitent des soins pluridisciplinaires complexes, l'exclusion des hôpitaux pour toute la pathologie pancréatique et de l'œsophage est un non-sens. Ce non-sens interdit aux chirurgiens de pratiquer ces interventions. Soyons logique, la formation des chirurgiens pour la chirurgie abdominale, en ce cas, va exclure la chirurgie du pancréas et de l'œsophage qui sera réservée aux super-chirurgiens avec une pratique élitaire. Bonne chance, à ces simples chirurgiens qui dans le futur hôpital locorégional devront transférer tous les malades avec une pathologie de l'œsophage ou du pancréas.

Le second argument est l'arbitraire du passé pour définir l'avenir. Les cas sont comptés pour les années 2015-16 essentiellement. Le nombre de cas requis est un peu arbitraire et comme dans d'autres spécialités avec des quotas, on créera probablement des exceptions, pour par exemple le caractère universitaire ou spécifique de telle ou telle institution. Les cas doivent être réalisés sur un campus hospitalier unique qui de plus, a toutes les possibilités d'un traitement multidisciplinaire. Si comme à Liège le bunker de radiothérapie est au centre-ville et réservé à plusieurs campi hospitaliers, pas de chance, vous ne remplissez pas les critères.

Le troisième argument est l'incohérence de la politique de santé. La ministre veut des réseaux de soins qui répondent aux besoins de la population. Ces réseaux auront des hôpitaux locorégionaux et des points de référence. Prenons le Hainaut avec une population à risque pour les affections pancréatiques et de l'œsophage mais où aucun centre ne répond aux critères. Les médecins sont favorables à la création d'un centre. Mais les critères développés ci-dessus ne le permettent pas et impliqueront le transfert du patient dans une autre province.

Le GBS admet la création de centres spécialisés pour des pathologies oncologiques rares. Pas pour toute la pathologie d'un organe. Le GBS admet des critères de sélection, sur base d'une politique régionale des soins, à l'écoute de la population avec des chirurgiens compétents. Les points de référence ne se concentrent pas qu'à Bruxelles ou à Liège et à Namur. Le GBS considère que les réseaux sont au service des malades et non pas au service des réseaux universitaires. Tout hôpital locorégional « spécialisé » devra pouvoir traiter les pathologies pancréatiques et de l'œsophage qui ne sont pas des tumeurs à soins complexes.

Priver un hôpital locorégional, pourtant compétent en la matière, de toute la chirurgie de l'œsophage et du pancréas, est non seulement préjudiciable au chirurgien qui à terme perdra toute aptitude dans ce domaine, mais aussi à d'autres services de l'hôpital.

² Rapport KCE vol. 17A : Évaluation des montants de référence.

³ Accord médico-mutualiste, point 4.1.3.2.

Lettre ouverte à la ministre De Block

À : Madame Maggie De Block, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Copie : aux ministres régionaux de la Santé publique, l'ABSyM, le GBS, le Journal du Médecin, Le Spécialiste

Madame la Ministre,

Le point 4.1.3.2. « Soins complexes aux cancéreux » de l'accord national médico-mutualiste 2018-2019 prévoit que pour le 30 juin 2018, la CNMM soumette au Comité de l'assurance des propositions de conventions avec des hôpitaux individuels afin d'améliorer l'approche des interventions chirurgicales complexes pour les tumeurs de l'œsophage et du pancréas

Nous avons reçu les propositions concernant d'une part, une convention sur la prise en charge du carcinome du pancréas et des carcinomes péri-ampullaires du pancréas et des affections non oncologiques du pancréas et d'autre part, une convention sur le traitement des tumeurs de l'œsophage, de la jonction gastro-œsophagienne et les affections œsophagiennes non oncologiques.

Voici quelques commentaires de l'Union Professionnelle des Chirurgiens concernant ces documents⁴. Certains points ont déjà été amendés par nos représentants médicaux qui siègent dans les comités où ces sujets sont débattus.

1° Les documents font explicitement référence aux interventions qui ont été réalisées sur **un campus** dans les années 2014, 2015 et 2016. Il semble que cette précision rende la constitution de réseaux pour la centralisation des pathologies totalement inutile, puisque les quotas sont déjà fixés rétrospectivement et ne peuvent concerner plusieurs sites. Il nous semble que ce point pourrait être modifié en ce sens : si plusieurs institutions s'unissent et arrivent de façon prospective à un nombre suffisant, elles pourraient être validées.

2° Nous pensons que des critères environnementaux pour la réalisation de ces interventions ont un impact sur la prise en charge qualitative de nos patients. Il semble qu'une permanence chirurgicale soit une exigence logique : elle serait assurée par des chirurgiens qui pratiquent ces interventions, des anesthésistes spécialisés, des équipes chirurgicales disposant d'instrumentistes et d'aides opératoires, des soins intensifs avec des intensivistes en titre présents 24 h/24, des anatomo-pathologistes pour réaliser les analyses extemporanées, des radiologues interventionnels.

3° Les quotas opératoires pour les chirurgiens ne tiennent pas compte de l'expérience antérieure de ceux-ci. Si au cours des dernières années, ils ont réalisé moins d'interventions (à titre personnel), ils ont peut-être aidé de plus jeunes médecins à réaliser ces interventions. Il sera très difficile de quantifier cette activité car celle-ci est bien souvent non tarifée. De plus, exclure des chirurgiens qui ont accompli plusieurs dizaines de ces interventions au cours de leur carrière, au profit de ceux qui ont réalisé les quotas au cours des 3 dernières années, n'est pas logique.

4° Les deux organes concernés comprennent des pathologies tant oncologiques que non oncologiques qui ont les mêmes codes opératoires mais ont des conséquences post-opératoires très

⁴ Ces documents peuvent être consultés sur les hyperliens suivants : [pancréas](#) – [œsophage](#)

différentes. Celles-ci devraient être exclues du champ d'application.

5° Certaines interventions chirurgicales concernées sont bien sûr les interventions représentant une certaine complexité tant pour l'œsophage que pour le pancréas. Par contre, il existe d'autres interventions également reprises dans le champ d'application mais qui n'ont pas les mêmes complexités (pancréatectomies corporéo-caudales par exemple).

6° En ce qui concerne le document relatif au pancréas, les gastrectomies avec extension au pancréas ne pourront plus non plus être réalisées, alors que l'estomac n'est pas concerné dans ce texte. Les interventions mentionnées comportant une résection partielle du pancréas sont des interventions qui n'emportent qu'une zone très superficielle du pancréas et qui ne comportent donc pas les risques liés aux interventions décrites comme complexes.

7° Il ne s'agit probablement que d'un début de centralisation de pathologies et il existera également pour d'autres organes comme dans le cas des Debulkings ovariens, la chirurgie thoracique, la chirurgie hépatique, les chimio-hyperthermie intra péritonéale, etc. qui pourraient être concernés.

8° La pathologie bénigne liée à ces organes, notamment au pancréas, ne permet plus à nos institutions de poursuivre le traitement des pancréatites nécrotico-hémorragiques qui ne sont pas tellement fréquentes mais représentent malgré tout une pathologie extrêmement lourde, tant pour la chirurgie que pour les soins intensifs.

9° Les discussions multidisciplinaires doivent avoir lieu en la présence simultanée des équipes chirurgicales, des anesthésistes-réanimateurs, des oncologues, des radiothérapeutes, des anatomo-pathologistes, des radiologues et des nucléaristes.

10° La disparition de certaines pathologies lourdes dans nos institutions aura un impact sur les pathologies moins lourdes. Le chirurgien qui ne réalisera plus d'anastomose bilio-digestive lors d'une duodéno-pancréatectomie céphalique, perdra de l'expertise pour réaliser une réparation cholédocienne lors d'une pathologie bénigne de la voie biliaire principale. La disparition de l'anastomose œso-jéjunale pour les pathologies cancéreuses réduira l'expertise du chirurgien lors d'une réparation d'un traumatisme œsophagien par exemple, etc.

11° Autre conséquence de la disparition des pathologies lourdes : la perte d'expertise des chirurgiens pour faire face à des pathologies traumatiques complexes comme celles rencontrées lors des attentats terroristes qui frappent malheureusement nos pays. L'ensemble des hôpitaux du pays peuvent être exposés à ce type d'agression.

12° Des travaux récents présentés lors des Journées Francophones de Pathologie onco-digestives (Paris, mars 2018) démontrent qu'un degré d'éloignement dans un même département est préjudiciable à la prise en charge de pathologies lourdes. La centralisation proposée dans le projet va à l'encontre de ces constatations.

13° La centralisation à outrance comporte un grand risque : elle pourrait nous mener vers une médecine à deux vitesses car si l'intérêt scientifique s'estompe, le risque que l'intérêt financier prenne le dessus augmente.

En ce qui concerne le document relatif au pancréas, les gastrectomies avec extension au pancréas ne pourront plus non plus être réalisées, alors que l'estomac n'est pas concerné dans ce texte

Avec nos meilleures salutations,

Dr L. Haeck,
Secrétaire Général

Dr B. Mansvelt,
Président

MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

MONITEUR BELGE DU 16.04.2018:

- **AR du 23.05.2017 – art. 9, b) en c), 12 § 1, b), 26, §§ 1 et 4, de la nomenclature (ACCOUCHEMENTS - ANESTHÉSIOLOGIE)**
envoyé aux membres de l'Association professionnelle des Obstétriciens et Gynécologues belges et de l'Association professionnelle belge des Médecins spécialistes en Anesthésie et réanimation, le 23.04.2018 : [e-spécialiste n° 685: supplément d'honoraire accouchement la nuit, le week-end et durant un jour férié](#)

MONITEUR BELGE DU 09.04.2018

- **RÈGLE INTERPRÉTATIVE – art. 14, b) (NEUROCHIRURGIE)**
envoyé aux membres du Groupement professionnel de Neurochirurgie, le 11.04.2018 : [e-spécialiste n° 683: règle interprétative concernant la nomenclature de la neurochirurgie](#)

MONITEUR BELGE DU 28.03.2018

- **AR du 25.03.2018 – art. 17, § 1, et 17ter (report de l'entrée en vigueur de la nomenclature de la mammographie) (IMAGERIE MÉDICALE)**
envoyé aux membres de l'Union professionnelle des Obstétriciens et Gynécologues belges le 29.03.2018 : [e-spécialiste n° 682: nomenclature mammographie « on hold »](#)

Si vous souhaitez être tenu au courant en temps réel des modifications de la nomenclature et des règles d'interprétatives, veuillez communiquer votre adresse mail : info@gbs-vbs.org

ANNONCES ÉGALEMENT DISPONIBLES SUR WWW.VBS-GBS.ORG

18049 LA LOUVIERE - Les Centres Hospitaliers Jolimont recrutent un médecin NUCLEARISTE pour activité de médecine nucléaire conventionnelle, PET-CT, thérapie métabolique et pathologie thyroïdienne. Date de début souhaitée : novembre 2018. Les lettres de candidature, CV et demandes de renseignements sont à envoyer au Dr Didier François : didier.francois@jolimont.be. Tél : 0477 22 86 61.

18046 BRUXELLES - Le centre médical Jean Fontaine, rue de la Cible 5 à 1210 Bruxelles, recherche un(e) OPHTALMOLOGUE indépendant(e). Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter la responsable Mme Pascale De Wandeler par téléphone au 02/220.24.55 ou par email à l'adresse : pascale.dewandeler@cpassjtn.irisnet.be

18044 FRANCE - Cabinet de recrutement de médecins français recherche pour l'un de ses clients (établissement situé à 30 minutes de Paris avec 80 lits et 57 praticiens) un GASTROENTEROLOGUE libéral. Possibilité endoscopie interventionnelle (echo endo et CPRE). Installation en secteur 1 ou 2. Si vous êtes intéressé(e) par ce poste, adressez un CV et une lettre de motivation en postulant en ligne, ou adressez votre dossier à ANTENOR, 88 TER avenue du Général Leclerc, 92514 Boulogne Billancourt Cedex, France, ou par mail kpelendo@antenor.fr

18043 MALMEDY - À vendre : maison 3 étages (avec cabinet Rx équipé au rez) + grenier aménagé + cave + jardin pour prof. médic / paramédic. (en particul. radiologue) ou prof. libérale/indépendante, située près de l'école, centres commerc., clinique, arrêt d'autobus. Ecrire à cab.mmy@gmail.com

18042 OFFRE DE SERVICES - Secrétaire médicale indépendante propose ses services d'assistance administrative pour dactylographie de rapports sur base d'un dictaphone numérique, prises de rendez-vous ainsi que prestations sur site. Nombreuses années d'expérience. Pour toute information complémentaire, vous pouvez me contacter au 0497/89.27.04.

18040 BRUXELLES - Hôp. Iris Sud engage un médecin chef de service des URGENCES. Info : Dr Hervé Deladrière, dir. méd. hdeladriere@his-izz.be 02/7398771. Lettre motiv., CV & projet de service à Dir. général Catherine Goldberg, rue Baron Lambert 38-1040 Bruxelles ou à sdm@his-izz.be. Délai : 15/07/18. Entrée fonction : à déterminer.

18039 IXELLES - Cabinet de GYNÉCOLOGIE cherche collaboratrice gynécol. pour 2 demi-jours, car retraite de l'une d'elles. Patientèle importante à remettre. Tél soir 0478/982390

18038 HAINAUT - A louer env. Mons : pour prof. médicale location ½ journée poss. 2 cabinets de consult. Renseignements : 0475.429829

18037 GD DUCHE LUXEMBOURG - La Croix-Rouge lux. recrute un médecin de MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION (M/F) pour son « Centre de Réhabilitation physique et post-oncologique » à Colpach-Bas - CDI T.pl. (réf : AN1805-00615). Atouts : bonnes connaissances du cadre légal du secteur de la santé et hospitalier lux. + connaiss. lux. et/ou allemand. Candid. : recrutement@croix-rouge.lu ou par courrier à Croix-Rouge luxembourgeoise – Serv. Ressources Humaines - B.P. 404 - L-2014 Luxembourg.

18035 BRUXELLES - Hôp. Iris Sud engagent un médecin chef de serv. CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE H/F. Info : Dr Hervé Deladrière, dir. méd. hdeladriere@his-izz.be 02/7398771. Lettre motiv., CV & projet de service à Dir. général Catherine Goldberg, rue Baron Lambert 38-1040 Bruxelles ou à sdm@his-izz.be. Délai : 15/06/18. Entrée fonction : 01/01/2019.

18034 ST-GILLES - DERMATOLOGUE travaillant en Cabinet privé cherche infirmière temps plein. Prière envoyer CV à info@drlowydermatology.be. Embauche au 01/09/18.

18032 LIÈGE - Suite à décès, CHR Citadelle recherche pour Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale et Maxillo-Faciale un chirurgien maxillo-facial. Contact : Dr Yves Goffart yves.goffart@chrcitadelle.be ou +32(0)4 3216367.

18031 LUXEMBOURG - CSL Arlon Vivalia recherche un spécialiste en ANATOMIE PATHOLOGIQUE. Possibilité de télétravail. Contact : stephanie.talpe@vivalia.be / 0475.31.57.83.

18030 BRUXELLES

Centre de Rééduc. Ambulat. (CRA) des Blés d'or recherche un(e) PÉDIATRE. T. partiel de 12h30 à durée indéterminée à pd septembre 2018. Candid. de préf. par mail à adr. recrut. ddevos.blesdor@gmail.com. Courriel à adresser à l'att. de Monsieur Nachtergaele, Président du Conseil d'Administration ou par courrier postal : Les Blés d'Or CRA Dieweg 57 à 1180 Bruxelles.



RADIOPROTECTION

Symposium avec accréditation INAMI et AFCN

Samedi 22.09.2018

Bibliothèque royale

PROGRAMME BIENTÔT DISPONIBLE SUR WWW.GBS-VBS.ORG

Table des matières

• Élections médicales 07-26 juin 2018	1
• Activités du CTM 2014-2018	5
• Dossier soins complexes aux cancéreux	
Commentaires du GBS.....	7
Lettre ouverte de l'Union professionnelle des Chirurgiens belges à la ministre De Block.....	8
• Modifications de la nomenclature.....	10
• Annonces	10