

---

# 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° 1 / JANVIER 2004**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

## ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE POUR 2004-2005

L'accord national médico-mutualiste pour 2004-2005 approuvé par la Commission nationale médico-mutualiste du 15 décembre 2003 a été publié au Moniteur belge le 21 janvier 2004.

Les médecins ont jusqu'au 20 février 2004 au plus tard pour signifier à l'INAMI, par lettre recommandée, leur refus d'adhérer à l'accord ou leur adhésion partielle à l'accord.

Une lettre type de refus d'adhésion à l'accord ou d'adhésion partielle est disponible sur notre website <http://www.vbs-gbs.org>. Un exemplaire de cette lettre type peut également être obtenu par téléphone (02/649.21.47) sur simple demande au secrétariat.

---

## AUDITIONS CONCERNANT LES ALEAS THERAPEUTIQUES ET LA RESPONSABILITE MEDICALE 13.01.2004 – INTERVENTION DU DR M. MOENS DU 13.01.2004

Commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société  
Chambre des représentants - 13.01.2004  
Intervention du Dr Marc MOENS,  
Secrétaire général du Groupement des Unions Professionnelles Belges de Médecins spécialistes (G.B.S.).

### **1. INTRODUCTION**

La problématique de l'assurance des "aléas thérapeutiques" est inscrite à l'agenda politique depuis plus de 10 ans.

La Loi relative aux droits du patient du 22.08.2002 a rapidement vu le jour et il y a maintenant un risque de juridisation poussée. Elle aura certainement également un impact sur la problématique de la responsabilité comme on a pu l'observer récemment en France.

### **2. INVENTAIRE SOMMAIRE DES POINTS MERITANT UNE ATTENTION PARTICULIERE**

#### 2.1. Terminologie

En français, le terme "aléa" – "thérapeutique" ou "médical", ce dernier ayant la préférence du Dr Masson – est fréquemment utilisé. La traduction néerlandaise "toeval, wisselvalligheid of ongunstige verrassing" couvre le contenu, mais le terme "risico" est en fait plus approprié. Le terme "thérapeutique", par compte, est trop limitatif car la phase du diagnostic et des soins présente également des risques. Une alternative pourrait être "aléas des soins (médicaux)".

## 2.2. Indemnisation possible aujourd'hui en cas de faute professionnelle?

Au jour d'aujourd'hui, il semble qu'un dommage thérapeutique ne peut être indemnisé que lorsqu'une faute professionnelle est prouvée. Dans les faits, il existe d'ores et déjà un certain nombre de cas pour lesquels une indemnisation sans faute du dommage thérapeutique est prévue dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Il s'agit des actes médicaux dans le but de réparer ou soulager le dommage corporel et de l'indemnisation éventuelle d'une invalidité temporaire ou permanente.

## 2.3. Qu'entend-on par "fault" et "no-fault"?

Etablir une distinction entre "fault" et "no-fault" constituera souvent une tâche extrêmement difficile. Cela ressort également de plusieurs initiatives législatives. Nous avons vu apparaître des termes comme "dommage évitable et inévitable", "accident thérapeutique sans faute médicale" et maintenant "aléas thérapeutiques". Supposer que tout ce qui n'entre pas dans la première catégorie peut automatiquement être classé dans la deuxième, serait beaucoup trop simple

On pense généralement à un dommage dans un lien de causalité avec un acte de soins ou l'absence d'acte. Comme nous l'avons indiqué au point 2.1., le terme "thérapeutique" est en outre trop limitatif dans le cas présent.

On part du principe qu'une demande d'indemnisation sur base "sans faute" peut être envisagée si aucune faute n'est prouvée dans le chef du dispensateur de soins. La première option ne peut toutefois être prise que si la deuxième est constatée. Ceci nécessite obligatoirement l'intervention d'experts et signifie par conséquent des procédures et requiert du temps.

L'acte de soins intervient toujours dans un contexte de probabilités de guérison, de complications et de séquelles possibles connues (voire pas encore connues), etc. L'introduction d'un nouveau système doit au moins garantir que les batailles de procédure auxquelles nous assistons actuellement entre les avocats des assureurs, des dispensateurs de soins et des victimes ne se reproduisent pas lorsqu'il s'agit d'établir s'il y a "fault" ou "no-fault".

La nouvelle réglementation doit ainsi permettre une indemnisation fluide et rapide des dommages. Pour ce faire, il faut un organe expert indépendant bénéficiant d'une large contribution de médecins compétents.

## 2.4 Relation avec la loi S.S.I.

L'article 136 §2, 1<sup>er</sup> alinéa de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 stipule : *"Les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le dommage découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès est effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun."*

L'introduction d'une nouvelle réglementation belge entraînera un transfert des prestations et indemnités déjà couvertes par la loi S.S.I. (cf. 2.2.).

Ne serait-il pas plus logique de maintenir le système existant et de prévoir une indemnisation complémentaire dans le cadre de la nouvelle réglementation spécifique ? L'essence de l'intention politique consiste effectivement à apporter une plus-value, une amélioration de la sécurité sociale par rapport au système existant.

## 2.5. Droit de subrogation des mutuelles

La nouvelle loi a pour objet, d'une part, d'apporter un soulagement en cas de dommage grave qui ne peut pas être indemnisé dans le cadre d'une procédure sur base de responsabilité de faute et, d'autre part, de limiter le nombre de claims de responsabilité de manière à ce que l'assurabilité de la responsabilité professionnelle des dispensateurs de soins puisse être préservée.

L'article 136 §2, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> alinéas de la loi S.S.I. est rédigé comme suit : *"L'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire; cette subrogation vaut, à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d'une législation belge,*

*d'une législation étrangère ou du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le dommage visé à l'alinéa 1er.*

*La convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier."*

Avec l'introduction d'une "autre législation belge", tant la responsabilité de faute que le dommage sans faute relèvent du droit de subrogation des mutuelles. La loi S.S.I. oblige les mutuelles à introduire un recours pour tous les dommages ayant un rapport avec un soin (médical). Il y a fort à craindre que cela débouchera sur une banalisation et donc une explosion des claims sans faute et/ou liés à une faute.

Chaque première intervention suivie d'une autre pourrait en effet être interprétée comme un traitement ou une correction d'une complication, comme une intervention de correction, comme l'élimination d'une gêne ou d'une douleur résultant de l'intervention initiale, etc.

Par conséquent, il convient impérativement d'éviter que les mutuelles puissent introduire ces recours en toute liberté. Une extension du droit de subrogation entraînera une augmentation du nombre de claims, c'est-à-dire l'effet inverse de celui qui est recherché.

## 2.6. Financement du "fonds des dommages"

Comme nous l'avons indiqué au point 2.4., l'introduction d'une "autre législation belge" implique un transfert des dépenses actuellement couvertes par l'assurance obligatoire maladie et invalidité, sans le transfert du budget correspondant issu des cotisations à l'assurance maladie et invalidité.

Les frais afférents à la responsabilité sans faute sont tout à fait nouveaux et doivent trouver un autre financement. A nouveau, nous demandons s'il ne serait pas plus logique de se limiter aux indemnités additionnelles en sus de la réglementation S.S.I. actuelle.

Les indemnités sans faute dans le chef du dispensateur de soins ne peuvent pas être portées à leur charge, que ce soit directement ou indirectement.

Le financement du Fonds des Calamités intervenant en cas d'inondation n'est pas alimenté par les salaires des travailleurs chargés de la gestion des cours d'eau ou par ceux des techniciens de l'Observatoire royal ou des météorologistes qui avaient prévu les fortes précipitations.

## 2.7. Les assureurs

La situation en ce qui concerne l'assurance de la responsabilité professionnelle en Belgique reste précaire. Il ne reste plus qu'un nombre limité d'assureurs dans ce segment du marché, les primes ont fortement augmenté et certains médecins ont désormais énormément de difficultés pour trouver un assureur.

Les effets de la Loi relative aux droits du patient du 22.08.2002 sont encore limités pour l'instant.

Il ressort des moments de crise de ces 10 dernières années que le secteur entre chaque fois en effervescence à l'énoncé de jugements importants d'instances judiciaires supérieures. Le schéma de crise n'est plus comparé à des "situations américaines" mais à des "situations en Europe occidentale".

En France, la Loi du 04.03.2002 relative aux droits des malades et à l'organisation du système de santé a déclenché une véritable crise dans le secteur de l'assurance responsabilité professionnelle des médecins et hôpitaux. Les assureurs ont abandonné le secteur à son sort, de sorte que les Autorités ont été contraintes d'intervenir avec la Loi du 10.12.2002. Le délai de prescription des réclamations en dommages-intérêts a été porté à 10 ans, les assureurs ont été autorisés à adapter le système néfaste des "claims made" et l'indemnisation des dommages iatrogènes et nosocomiaux a été confiée à un "Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam)".

En 2003, les primes d'assurances des spécialités à risque, telles que la gynécologie, l'anesthésie, la chirurgie... y ont connu une véritable explosion. Elles sont passées de 3.500 € à 20.000 voire 25.000 € par an.

Il convient de noter qu'aux Pays-Bas, le nombre de réclamations en dommages-intérêts a baissé de 10 à 15 % depuis que le délai légal d'introduction a été limité à 5 ans après la prise de connaissance d'une faute médicale.

## 2.8. Limitation au cœur de la problématique?

Le problème de l'assurance ne s'étend pas uniformément à l'ensemble du secteur des soins de santé. La problématique de la faute médicale est surtout concentrée sur les actes à risque effectués par le "médecin spécialiste expérimenté" dans un nombre limité d'activités hospitalières. Il s'agit de ce que nous appelons le noyau dur des soins dispensés dans les hôpitaux généraux : quartier opératoire, obstétrique, soins intensifs, urgences, prestations interventionnelles, ... Une initiative plus ciblée peut éventuellement apporter une solution.

## 3. ELEMENTS DE SOLUTION

### 3.1. Assurance obligatoire responsabilité professionnelle

L'Ordre des médecins considère que la conclusion d'une assurance responsabilité civile professionnelle constitue une obligation déontologique. Cette assurance doit également être régie par la loi. En effet, cette obligation déontologique n'est ni opposable ni exigible vis-à-vis de l'assureur.

### 3.2. Organes de contrôle

Un organe de contrôle spécifique doit être créé pour les tarifs et les conditions d'assurance, ainsi que pour la gestion d'un Fonds pour les situations inassurables.

### 3.3. Obligation d'inventaire

Il est inacceptable qu'après 10 années de tentatives pour légiférer, il faille encore constater qu'en Belgique, il n'y a (quasiment) pas de données disponibles concernant les sinistres résultant de risques inhérents aux soins (médicaux) ou de fautes médicales.

La nouvelle loi doit dès lors imposer l'obligation aux assureurs d'enregistrer et d'inventorier les sinistres de manière anonymisée au profit d'un organe médico-technique chargé de fournir des informations ciblées, d'une part, aux Autorités et, d'autre part, aux différentes spécialités concernées.

La *Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie* a ainsi été amené à constater, quand elle a commencé à constituer son propre cadastre de claims en 2003, que les compagnies d'assurances se retranchaient systématiquement derrière l'argument que toute collaboration à un cadastre de claims entraînerait des problèmes administratifs insurmontables.

Dans une première phase, un certain nombre d'unions professionnelles affiliées au GBS seront certainement disposées à préparer et mettre en place cet inventaire via un organe de concertation informel entre le secteur des assurances et le GBS. La confidentialité de toutes les données doit être strictement garantie.

### 3.4. Limitation du délai de prescription

Il convient de prévoir une limitation du délai de prescription pour les plaintes afférentes à des soins (médicaux), et ce qu'il s'agisse d'une responsabilité de faute ou d'une indemnisation sans faute.

### 3.5. Définition des activités à haut risque

Il nous semble utile de disposer d'une définition médico-technique de ce qui est considéré comme des activités médicales à haut risque pouvant donner lieu à une indemnisation sans faute pourvu qu'elles sont effectuées dans des services agréés dans le respect des critères de sécurité en vigueur et sur la base des connaissances scientifiques et des statistiques des dommages des assureurs. La "faute lourde" en est exclue.

### 3.6. Limitation des prestations et franchise

Il serait envisageable de limiter la prise en charge sans faute aux dommages thérapeutiques lourds et anormaux par rapport à l'état de santé du patient (cf. 2.8.). La définition de ces

dommages est établie sur base des statistiques des dommages des assureurs. Afin de limiter le nombre de claims et également les dépenses, il convient d'instaurer une franchise.

### 3.7. Droit de subrogation

Aucun droit de subrogation ne peut être octroyé aux mutuelles concernant les activités indemnisées sans faute. Cela pourrait entraîner un nombre incalculable de claims dans le cadre de leur responsabilité financière.

La couverture de base dans le cadre de la loi S.S.I. reste ce qu'elle est aujourd'hui.

### 2.7. Proposition de loi de A.Destexhe

La proposition de loi 3-213/1 "organisant l'indemnisation des accidents médicaux sans faute médicale" du sénateur Alain DESTEXHE du 19.09.2003 est particulièrement solide et constitue selon nous la proposition qui, à ce jour, répond au plus près aux besoins et aux demandes.

Quelques-unes des propositions pragmatiques susmentionnées peuvent sans aucun doute y être intégrées.

Je vous remercie pour votre attention.

Dr Marc MOENS

---

<b>NOMENCLATURE DE "PSYCHIATRIE DE LIAISON" (A.R. DU 15.12.2003 – M.B. DU 31.12.2003)</b>
---

**A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, les règles d'application (art 25 §2, d), codes 599443 et 599465) sont modifiées. Les deux prestations ne sont plus cumulables avec les prestations techniques (le texte remplacé disait: "...effectuées par ce même neuro-psychiatre ou psychiatre consultant").**

**A partir du 1.01.2005 elles sont réservées aux seuls médecins-spécialistes en psychiatrie (A.R. du 30.11.2003; M.B. du 12.12.2003).**

**Texte complet de l'arrêté :**

**15 DECEMBRE 2003. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**

**Article 1er.** A l'article 25, § 2, d), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par les arrêtés royaux du 12 août 1994 et 31 août 1998, sont apportées les modifications suivantes :

1. L'alinéa 1er est remplacé par la disposition suivante :

« Les prestations 599443 et 599465 visent la consultation de liaison interne lors de problématique psychiatrique chez un patient hospitalisé dans un autre service que A, K, T, Sp, Tf ou Tp, à la demande du médecin spécialiste traitant autre que le médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie. » .

2. L'alinéa 3 est remplacé par la disposition suivante :

« Les prestations 599443 et 599465 ne sont pas cumulables avec les honoraires des prestations techniques de l'article 20, § 1er, f) . »

3. Il est inséré un alinéa 4 rédigé comme suit :

« A partir du 1 janvier 2005, les prestations 599443 et 599465 ne sont plus attestables que par le médecin spécialiste en psychiatrie. »

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge .

*NOTA BENE : Avec le soutien du GBS, l'Association professionnelle belge des neurologues et des psychiatres introduira un recours en annulation auprès du Conseil d'Etat contre cet A.R. et contre celui 30.11.2003.*

**NOMENCLATURE MÉDECINE NUCLÉAIRE (A.R. DU 9.12.2003 –M.B. DU 24.12.2003)  
EN VIGUEUR A PARTIR DU 01.02.2004**

**Extension de l'honoraire d'accréditation aux codes 442396/400, 442514/525, 442595/606 et 442971/282, à partir du 1.02.2004.**

**Texte de l'arrêté :**

**Article 1er.** A l'article 18, § 2, B, d)quinquies de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par les arrêtés royaux des 7 août 1995, 28 septembre 1995 et 27 février 2002, les numéros 442396 - 442400, 442514 - 442525, 442595 - 442606, 442971 - 442982 sont insérés dans la liste du premier alinéa.

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge .

**Art. 3.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 9 décembre 2003.

**NOMENCLATURE DE STOMATOLOGIE ET ACCÈS À CERTAINES PRESTATIONS DE  
DERMATOLOGIE POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN STOMATOLOGIE ET  
CHIRURGIE PLASTIQUE (A.R. DU 9.12.2003- M.B. DU 24.12.2003)  
EN VIGUEUR A PARTIR DU 01.02.2004**

**Texte de l'arrêté :**

**9 DECEMBRE 2003. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**

**Article 1er.** A l'article 14 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, i), modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 30 et 31 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 21 décembre 1988, 23 octobre 1989, 10 juillet 1990, 22 janvier 1991, 2 septembre 1992, 12 août 1994, 7 juin 1995, 18 février 1997, 22 août 2002, 26 et 27 mars 2003 et l), modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 31 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 22 janvier 1991, 12 août 1994, 7 juin 1995, 9 octobre 1998 et 22 août 2002 sont apportées les modifications suivantes :

Au i),

La valeur relative de la prestation 255452 - 255463 est portée à K 300;

Au l),

1. les prestations 310730-310741, 310870-310881, 312152-312163, 317096-317100, 317133-317144, 317155-317166, 317273-317284, 317310-317321, 317332-317343, 317354-317365 et les deux règles d'application qui suivent cette dernière prestation sont supprimées;

2. les prestations suivantes sont insérées après la prestation 310855 - 310866 :

« 312174 - 312185

Enlèvement de matériel de synthèse percutané ou permuqueux . . . . K 11

312196 - 312200

Enlèvement de matériel de synthèse sous-cutané ou sous-muqueux . . . . K 22"

3. les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 311356 - 311360 :

« 312211 - 312222

Ostéotomie en vue de la mobilisation progressive d'un fragment osseux au moyen d'un distracteur en cas de défaut osseux maxillo-facial, distracteur non compris . . . . K 400

312233 - 312244

Contrôle hebdomadaire durant la phase active de distraction avec activation ou blocage du distracteur. Peut uniquement être porté en compte pendant la phase active de distraction pour une période de 8 semaines maximum . . . . K 50

312255 - 312266

Distraction sagittale et/ou verticale d'un maxillaire, unilatérale, y compris la réalisation des sections d'ostéotomie, distracteur non compris . . . . . K 250

312270 - 312281

Distraction transversale entre deux maxillaires, y compris la réalisation des sections d'ostéotomie, distracteur non compris . . . . . K 250

312292 - 312303

Enlèvement de distracteurs, indépendamment du nombre, à 100 % par champ opératoire . . . . . K 120

Pour la prestation 312292 - 312303, le maxillaire supérieur complet et le maxillaire inférieur complet doivent être considérés chacun comme un champ opératoire pour l'enlèvement du distracteur. »

4. le libellé de la prestation 311415 - 311426 est adapté comme suit :

« Ostéotomie avec déplacement de parties de maxillaires ou chirurgie reconstructrice du maxillaire y compris la fixation d'une plaque et éventuellement le prélèvement d'un greffon osseux autogène. »

5. la valeur relative de la prestation 311791 - 311802 est portée à . . . . . K 300.

6. les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 312130 - 312141 :

« 312314 - 312325

Désinclusion d'une canine incluse palatine par ostéotomie de l'os au-dessus de la couronne de la dent incluse dans le but de réaliser une traction orthodontique . . . . . K 120

312336 - 312340

Lambeau mucopériosté (y compris le glissement apical du lambeau mucopériosté) au-dessus d'une dent incluse dans le but de libérer la couronne dentaire . . . . . K75

312351 - 312362

Enlèvement d'un élément surnuméraire inclus dans le maxillaire supérieur, dans la région de canine à canine . . . . . K 75

312373 - 312384

Transplantation hétérotopique de l'organe dentaire, y compris la création d'une néo-alvéole, fixation comprise . . . . . K 180

312395 - 312406

Transplantation dentaire transalvéolaire (ostéotomie de l'os environnant avec conservation du ligament dentaire), fixation comprise . . . . . K 150

Les prestations 312373-312384 et 312395-312406 ne sont pas cumulables avec la prestation 317295-317306.

L'article 14, m) n'est pas applicable pour les prestations 312373-312384 et 312395-312406.

312410 - 312421

Ostéotomie autour d'une dent incluse par résection osseuse péricoronaire et, le cas échéant, lorsqu'une section dentaire est effectuée . . . . . K 120

312432 - 312443

Ostéotomie au-dessus et autour d'un germe dentaire avec section dentaire éventuelle et enlèvement du germe dentaire . . . . . K 120 »

7. la valeur relative de la prestation 312616 - 312620 est portée à . . . . . K 400.

8. le libellé et la valeur relative de la prestation 312631 - 312642 sont adaptés comme suit :

« Reconstruction osseuse dans le massif maxillo-facial au moyen d'un lambeau libre fascio-ostéopériosté ou myo-osseux ou ostéo-myo-cutané avec suture micro-chirurgicale, y compris la préparation du site donneur et l'ostéosynthèse . . . . . K 600 »

9. le libellé de la prestation 317052 - 317063 est adapté comme suit :

« +Traitement chirurgical par curetage pour ostéite alvéolaire ou pour ostéite apicale du massif maxillo-facial et/ou maxillaire inférieur, en un ou plusieurs temps. ».

10. le libellé de la prestation 317074 - 317085 est adapté comme suit :

« + Gingivectomie étendue à une mâchoire, sur une région d'au moins 6 dents. ».

11. la valeur relative de la prestation 317236 - 317240 est portée à . . . . . K 75.

12. la valeur relative de la prestation 317295 - 317306 est portée à . . . . . K 400.

13. les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 317251 – 317262 :

« 317376 - 317380

Extraction en milieu hospitalier de minimum 8 dents, y compris l'alvéolectomie et les sutures éventuelles, et ce sous monitoring des paramètres vitaux . . . . . K 125

317391 - 317402

Extraction en milieu hospitalier de moins de 8 dents, y compris l'alvéolectomie et les sutures éventuelles, et ce sous monitoring des paramètres vitaux . . . . K 75

Pour les prestations 317376 - 317380 et 317391 - 317402, un rapport médical d'un médecin spécialiste en médecine interne, pneumologie, cardiologie, gastro-entérologie, rhumatologie, pédiatrie ou en anesthésie-réanimation est exigé d'où il apparaît que les extractions ne peuvent se faire en dehors de l'hôpital et qu'il s'agit d'un patient médicalement à risque. Ce rapport doit être conservé dans le dossier. »

14. la prestation suivante est insérée après la prestation 317295 - 317306 :

« 317413 - 317424

Examen avant un éventuel traitement orthognathique, y compris la consultation et la prise de l'empreinte des deux arcades, la confection des modèles d'étude, la pose du diagnostic et le plan de traitement avec rapport. La facturation simultanée d'une consultation n'est pas autorisée . . . . K 50. »

15. le libellé de la prestation 312756 - 312760 est adapté comme suit :

« Mise en place d'implants ostéo-intégrables et/ou de moyens de remplacement de l'os chez des patients atteints d'un handicap fonctionnel et psychosocial grave à la suite d'une mutilation osseuse grave après traumatisme ou résection tumorale ou à la suite de malformations congénitales. Le remboursement couvre l'intervention chirurgicale d'une valeur de K180 et prévoit en plus une intervention dans les frais du matériel. »

16. les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 312756 - 312760 :

« 312815 - 312826

Résection d'une ligne mylohyoïdienne dans un maxillaire inférieur atrophié édenté . . . . K 120

312830 - 312841

Plastie vestibulaire fermée . . . . K 120

312852 - 312863

Plastie vestibulaire ouverte . . . . K 180

312874 - 312885

Plastie à lambeau pédiculé cutané ou muqueux, temps principal . . . . K 120

312896 - 312900

Plastie à lambeau pédiculé cutané ou muqueux, temps complémentaire . . . . K 75

312911- 312922

Greffe préprothétique ou greffe oncologique gingivale ou muqueuse couvrant une surface < 5 cm<sup>2</sup> . . . . K 75

312933 - 312944

Greffe préprothétique ou greffe oncologique gingivale ou muqueuse couvrant une surface > 5 cm<sup>2</sup> . . . . K 120

En cas de chirurgie des tissus mous, la suture dans le site d'exérèse d'une tumeur ou d'autres lésions ou dans le site d'une plaie, la couverture de la perte de substance par décollement cutané ou mobilisation des lambeaux ne peut pas être considérée comme étant une plastie, mais constitue le temps de fermeture de l'exérèse ou de la plaie. Lorsque la perte de substance cutanée ou muqueuse nécessite la constitution d'un lambeau de rotation et/ou un transfert de peau ou muqueuse libre, les prestations 312874 - 312885 à 312933 - 312944 peuvent être attestées et remplacent les prestations d'exérèse ou de suture de plaies. »

**Art. 2.** A l'article 15 de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 22 juillet 1988, 22 janvier 1991, 12 août 1994, 7 août 1995, 31 août 1998, 9 octobre 1998, 17 avril 2002, sont apportées les modifications suivantes :

1. au § 7,

Le mot « distracteurs » est inséré après le mot « mobilisateurs, »

2. les dispositions du § 8 sont remplacées par les dispositions suivantes : « Pour les prestations 317236-317240, 312314-312325, 312336-312340, 312351-312362, 312373-312384, 312395-312406, 312410-312421 et 312432-312443, la radiographie est conservée dans le dossier médical et est mise à la disposition du médecin-conseil sur simple demande. Le remboursement pour extraction d'une dent incluse n'est dû que si un document radiographique établit l'authenticité de l'inclusion. »

3. les §§ 10 et 11 sont abrogés.

4. les dispositions du § 13, alinéa 2 sont adaptées comme suit : « Toutes les demandes de remboursement relatives à la prestation 312756 - 312760 doivent être adressées au Collège des médecins-directeurs, par la voie de l'organisme assureur, au moyen d'un formulaire comportant une justification détaillée et une évaluation précise des frais des implants et dont le modèle est fixé par le Collège précité. »

5. il est inséré un § 16 rédigé comme suit :

« § 16. Sous réserve de dispositions contraires, dans l'article 14, I), le concept de quadrant est admis comme champ opératoire dans le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur. Le maxillaire supérieur comprend 2 quadrants. Le maxillaire inférieur comprend 2 quadrants. »

**Art. 3.** A l'article 21 § 1er de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 décembre 1989, 29 avril 1999, sont apportées les modifications suivantes :

1. la règle d'application suivante est insérée après la prestation 532210 - 532221 :

« La prestation 532210-532221 est également honorée lorsqu'elle est effectuée par un médecin qui est agréé comme médecin spécialiste en chirurgie plastique ou en stomatologie. »

2. la deuxième règle d'application qui suit la prestation 532593 - 532604 est adaptée comme suit :

« La prestation 532593-532604 est également honorée lorsqu'elle est effectuée par un médecin qui est agréé comme médecin spécialiste en chirurgie plastique. »

**Art. 4.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge .

**Art. 5.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 9 décembre 2003.

---

**A.R. MODIFIANT LES NORMES D'AGRÈMENT DU PET SCAN (M.B. DU 24.12.2003)  
EN VIGUEUR A PARTIR DU 03.01.2004**

**Article 1er.** A l'article 1er, 3°, de l'arrêté royal du 12 août 2000 fixant les normes auxquelles un service médecine nucléaire où est installé un scanner PET doit répondre pour être agréé comme service médico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifié par l'arrêté royal du 3 octobre 2000, les mots « et avec lequel sont réalisés des prestations d'« examen tomographique par émission de positron, avec protocole et documents pour l'ensemble de l'examen », caractérisé par les numéros 442971 et 442982, comme visé à l'article 18 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 fixant la nomenclature des prestations médicales pour les soins de santé et les indemnités » sont supprimés.

**Art. 2.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

---

**ABONNEMENT AU "JOURNAL DU MEDECIN"  
LETTRE DU 05.01.2004 DU GBS**

(traduction)

*Monsieur P. Dory, Directeur général  
Monsieur J.P. Dehaspe, Administrateur délégué  
S.A. Medimedia Belgium, rue du Bourdon 100, 1180 Bruxelles*

*cc. M. Einhorn, Rédacteur en Chef, Le Journal du Médecin  
P. Backx, Hoofdredacteur, Artsenkrant*

Messieurs,

Nous accusons réception de votre lettre concernant le paiement de l'abonnement au "Journal du Médecin".

Nous aurions éventuellement pu comprendre de devoir payer cet abonnement, même s'il nous semble quelque peu fâcheux que nous, les médecins, devions payer pour la publicité de l'industrie pharmaceutique.

Toutefois, dans la mesure où nous avons appris que la mesure présente un caractère discriminatoire à l'encontre des médecins spécialistes, nous avons décidé de renoncer à l'abonnement.

Nous nous tiendrons informés de l'actualité médico-politique par le biais des canaux classiques. Nous vous proposons de rebaptiser dès à présent votre journal en "Journal du Médecin Généraliste".

Nous vous autorisons à publier notre lettre dans votre journal.

Veillez agréer, Messieurs, l'expression de notre considération distinguée.

Prof. Dr J.A. Gruwez  
Président GBS

P.S.: Nous publierons la présente lettre dans la prochaine édition de notre périodique "Le Médecin Spécialiste".

---

## **NOUVELLES REGLES INTERPRETATIVES**

### **Article 28, § 1er (Bandagistes et orthopédistes – Implants et prothèses, appareillage divers)**

REGLE INTERPRETATIVE 12 (en vigueur depuis le 1.4.2003)

QUESTION

La prestation 612850-612861 « Set d'autotransfusion sanguine pour les prestations 229014-229025, 229051-229062, 229073-229084 ... » peut-elle être portée en compte lors de la réalisation de la prestation 229633-229644 « Revascularisation myocardique à coeur battant effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuels(s) bypass veineux associé(s) » ?

REPONSE

Avant que celle-ci ne soit introduite dans la nomenclature des prestations de santé, la prestation 229633-229644 était déjà comprise sous le numéro de nomenclature 229611-229622 « Revascularisation myocardique effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuels(s) bypass veineux associé(s) », qui est citée dans la règle interprétative 5 de l'article 28.

La prestation 612850-612861 peut donc être portée en compte à l'occasion de la prestation 229633-229644.

### **Article 35bis, § 1er (matériel endoscopique et de viscérosynthèse)**

REGLE INTERPRETATIVE 11 (en vigueur depuis le 1.4.2003)

QUESTION

La prestation 689290-689301 « Matériel de consommation endoscopique pour le prélèvement de la grande veine saphène lors des prestations 229014-229025, 229515-229526, 229574-229585 et 229611-229622 ...U 350 » peut-elle être attestée à l'occasion de la prestation 229633-229644 « Revascularisation myocardique à coeur battant effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuels(s) bypass veineux associé(s) » ?

REPONSE

La prestation 689290-689301 peut être attestée à l'occasion de la prestation 229633-229644.

---

## **PETITION EN FAVEUR DU MAINTIEN DU NUMERUS CLAUSUS**

(texte original en néerlandais - traduit par le GBS)

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Cela ne vous aura probablement pas échappé que l'appel en faveur de la suppression du contingentement provenant d'une certaine direction se fait de plus en plus pressant.

Il y a quelque 7 ans, lorsque l'autorité fédérale a limité le nombre de médecins au moyen d'un contingentement, la Flandre a choisi de limiter l'afflux en instaurant un examen d'entrée. Même les étudiants en médecine de l'époque ont estimé qu'il s'agissait là d'une solution équitable et ils ont

collaboré à la forme de l'examen. Ils ont essayé de mettre tous les étudiants sur le même pied mais un silence assourdissant s'est fait entendre de l'autre côté de la frontière linguistique. Nos confrères francophones ont laissé les choses suivre leur cours. Plus encore, un "classement" à l'issue de la troisième candidature a été supprimé avec effet rétroactif, sous l'impulsion du PS au Parlement wallon avec le décret Dupuis.

L'ancien ministre des Affaires sociales Vandembroucke a alors déclaré qu'il demeurerait intraitable et qu'il ne céderait pas à la pression francophone. Après le 18/5, nous savons à quoi nous en tenir : Demotte est affecté aux soins de la santé et remet directement en question le contingentement.

Sous la devise "mieux vaut prévenir que guérir", j'ai lancé une pétition que vous pouvez signer sur le website [www.contingentering.be](http://www.contingentering.be). Puis-je vous demander (si vous êtes d'accord avec son contenu) de la signer et de la diffuser le plus possible parmi vos confrères?

La pétition a par ailleurs reçu le soutien de l'ABSyM/VAS, de l'ASGB, du GBS, du VGV, des étudiants en médecine de Louvain, des étudiants en science dentaire de Gand...

Vous trouverez de plus amples informations concernant cette problématique sur le website.

Merci d'avance.

Dr Louis Ide  
Doorniksestraat 21/5  
8500 Kortrijk  
[louiside@hotmail.com](mailto:louiside@hotmail.com)

---

**COMMUNIQUE DE PRESSE  
CONGRES INTERNATIONAL SUR LE VIOL**

**COMMUNIQUE DE PRESSE**

**VIOL: Congrès international inédit réunissant  
des spécialistes des milieux judiciaires, policiers, médicaux et psychologiques**

*Sous le Haut patronage de son Altesse Royale la Princesse Mathilde*

Rencontre internationale originale, ce congrès est organisé et présidé par Danièle Zucker, docteur en psychologie, responsable de l'Unité de Crise et d'Urgence Psychiatrique du CHU Saint-Pierre à Bruxelles et expert auprès des Tribunaux. Le but de ce congrès est d'apporter des changements et des améliorations dans les pratiques de chacune des disciplines concernées.

Des spécialistes venant du Canada, des Etats-Unis et de la plupart des pays européens exposeront les meilleures approches, techniques et procédures ainsi que les réglementations qui les sous-tendent.

[...]

**Infos pratiques :**

**DATE: 1<sup>ER</sup> ET 2 AVRIL 2004**

Lieu: Charlemagne Building - Commission Europ., 170 rue de la Loi, 1040 BXL

Renseignements - programme - inscription: <http://www.rapecongress2004.be>

Key Line, tél. : 32 (0)2 474 84 78 - fax : 32 (0) 2 474 83 93

e-mail: [rapecongress@excs.com](mailto:rapecongress@excs.com)

**Relations presse**

Marysia Cukier

tél. : 02 343 61 77

GSM: 0477 62 53 90

e-mail: [marysia.cukier@skynet.be](mailto:marysia.cukier@skynet.be)

## ANNONCES

- 03079 **BRUXELLES : CABINET D'OPHTALMO** réputé, **A CEDER** cse. retraite, conditions intéressantes pour candidat sérieux et compétent. Tél. 0495 / 57.40.65.
- 04001 **UCCLE** (Ma Campagne) : **A LOUER** très beaux locaux pour confrères spécialistes, avec secrétariat. Tél. : 0475/47.48.84.
- 04002 **A VENDRE** : matériel disponible le 1/4/2004 : 1 périmètre de Goldmann TAKAGI, 1 boîte de verres d'essai complète, 2 autoréfracteurs (1 Topcon et 1 Nidek), 1 frontofocomètre (Topcon), 1 frontofocomètre automatique Humphrey 306, 1 unité de réfraction complète (Topcon), 1 fauteuil avec table supportant Biomicroscope et Javal – Tonomètre à aplanation et projecteur d'optotypes. Tél. : 061/46.75.76 après 20 h.
- 04003 **PROVINCE DE LUXEMBOURG** : Collaboration **OPHTALMOLOGUE**. Nombre de contacts : 45 /j. Info : 0477/84.34.32
- 04004 **ASSIST. DENT.**, 42 ans, souriante, contact aisé avec les patients, expér. Endo + Chirurgie. Cherche emplois, même le samedi. Tél. : 0479/30.35.75
- 04005 **WAVRE À LOUER** rez 3 cab méd ou para, sauf dermato. Possibilité de partage de secrétariat. Parking privé. Contact Dr Stenuit 010/22.78.43.
- 04006 **FRANCE** : Gpe radiol.-Nord Metz France cherche associé. **RX** générale, mammo, us accès IRM et TDM. Envoyer lettre et CV à Dr RAMBOUT, rue de l'Hôtel de Ville, 57700 HAYANGE, France
- 04009 **BRUXELLES** : La New Polyclinique du Midi – en restructuration – demande d'urgence spécialistes collaborateurs : **RHUMATOLOGUE PHYSIOTHÉRAPEUTE** pratiquant les électromyographies, **DERMATOLOGUE, OPHTALMOLOGUE, ORTHODONTISTE**. Prière de téléphoner au 02/523.25.00 après midi sauf mardi, soit écrire à la Polyclinique du Midi, 43-47, Bd Jamar, 1060 Bruxelles.
- 04010 **IXELLES** : cherche **OCULISTE** pour cause de cessation d'activité professionnelle. Tél. : 0475/70.78.59.
- 04011 **A CEDER** : Suite décès **OPHTALMO**, forte clientèle à céder + appareils ophtalmo et médicaux + mobiliers bureau (classeurs, etc.) et salle d'attente moderne (cuir noir). Tél. à partir de 18 h au 081/46.12.23.

## Table des matières

• Accord national médico-mutualiste pour 2004-2005 .....	1
• Auditions concernant les aléas thérapeutiques et la responsabilité médicale 13.01.2004 – Intervention du Dr M. MOENS du 13.01.2004 .....	1
• Nomenclature de "Psychiatrie de liaison" (A.R. du 15.12.2003 – M.B. du 31.12.2003) ....	5
• Nomenclature Médecine Nucléaire (A.R. du 9.12.2003 – M.B. du 24.12.2003).....	6
• Nomenclature de stomatologie et accès à certaines prestations de dermatologie pour les médecins spécialistes en stomatologie et chirurgie plastique (A.R. du 9.12.2003- M.B. du 24.12.2003) .....	6
• A.R. modifiant les normes d'agrément du PET scan (M.B. du 24.12.2003) .....	9
• Abonnement au "Journal du Médecin" – Lettre du 05.01.2004 du GBS .....	9
• Nouvelles règles interprétatives .....	10
• Pétition en faveur du maintien du numerus clausus .....	10
• Communiqué de presse – Congrès international sur le viol.....	11
• Annonces .....	12