
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° 6 / NOVEMBRE 2008

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

**ASSURANCE DE LA RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE MEDICALE :
SYSTEMES D'ASSURANCE ET COUVERTURE DE LA POSTERIORITE**

Ndlr préliminaire : cet article est totalement indépendant des discussions actuellement en cours concernant la reformulation de la "Loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé" ("no fault") qui n'est pas encore entrée en vigueur.

RÉSUMÉ

L'auteur précise les systèmes d'assurance de la responsabilité civile médicale offerts sur le marché belge. Ils sont basés sur le moment de la survenance du dommage, sur la déclaration du dommage ou sur le fait générateur.

Les systèmes basés sur la survenance du dommage ou la déclaration du dommage imposent de prévoir une prime de postériorité.

Les problèmes de changement de compagnie d'assurance sont évoqués avec parfois la nécessité de prévoir une prime d'antériorité.

MOTS-CLÉS

Responsabilité civile médicale, survenance du dommage, déclaration du dommage, fait générateur, prime d'antériorité, prime de postériorité.

Au cours des dernières années, le médecin a été confronté à plusieurs phénomènes:

- une augmentation sensible des primes
- une diminution des garanties
- une réduction du nombre des assureurs de la responsabilité médicale.

Force est en outre de constater que la loi sur le contrat d'assurance terrestre permet aux assureurs de limiter leur couverture de la postériorité. La loi de 1992, revue en 1994, marque également le passage d'un système d'assurance unique, celui de l'événement dommageable, à trois systèmes différents.

1. QUELS SONT LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES D'ASSURANCE OFFERTS PAR LE MARCHÉ DE L'ASSURANCE?

L'article 78 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre en retient deux.

1.1. Le système dit du «loss occurrence» (survenance du dommage)

La garantie d'assurance porte sur le dommage survenu pendant la durée du contrat et s'étend aux réclamations formulées après la fin du contrat.

1.2. Le système dit du «claims made» (déclaration)

Pour les branches de la responsabilité civile générale, autres que la responsabilité civile afférente aux véhicules automoteurs, que le Roi détermine, les parties peuvent convenir que la garantie assurance porte uniquement sur les demandes en réparation formulées par écrit à l'encontre de l'assuré ou de l'assureur pendant la durée du contrat pour un dommage survenu pendant cette même durée.

Dans ce cas, sont également prises en considération, à condition qu'elles soient formulées par écrit à l'encontre de l'assuré ou de l'assureur dans un délai de trente-six mois à compter de la fin du contrat, les demandes en réparation qui se rapportent:

- à un dommage survenu pendant la durée de ce contrat si, à la fin de ce contrat, le risque n'est pas couvert par un autre assureur;
- à des actes ou des faits pouvant donner lieu à un dommage, survenus et déclarés à l'assureur pendant la durée de ce contrat.

Certaines compagnies ont maintenu, même si la loi ne le prévoit pas explicitement, un système d'intervention basé sur le fait générateur.

1.3. Le système dit du «fact occurrence» (fait générateur)

La garantie d'assurance porte sur la responsabilité pour toutes les activités effectuées pendant la durée du contrat, même si des demandes en réparation sont formulées après la cessation de la police.

La postériorité est assurée conformément au délai de prescription légal des actions en responsabilité (20 ans).

Les dommages pouvant résulter d'activités effectuées avant la prise d'effet du contrat restent exclus de l'assurance.

2. QUELLE EST LA PORTÉE DE CES DIFFÉRENTS SYSTÈMES D'ASSURANCE EN MATIÈRE DE POSTÉRIORITÉ?

2.1. Le système dit du loss occurrence (survenance du dommage)

Il y a couverture pour les dommages survenus pendant la durée du contrat. La réclamation peut être formulée après la fin du contrat. Pour les dommages qui surviendraient après la fin du contrat, il convient de prévoir une couverture de la postériorité, vu que le dommage doit survenir pendant la durée du contrat pour qu'il y ait intervention. Dans le cadre des conventions collectives conclues au sein des cliniques, cette garantie est généralement prévue automatiquement et gratuitement, en cas de décès ou d'arrêt d'activité. Dans le cadre d'un contrat souscrit individuellement et en l'état actuel des choses, cette possibilité n'est donnée qu'à la demande, et n'est octroyée que moyennant le paiement d'une prime spécifique de postériorité. Ces demandes font l'objet d'un examen au cas par cas, et l'assureur reste libre d'accepter ou de refuser de couvrir la postériorité.

2.2. Le système dit du claims made (déclaration)

Il y a couverture, pendant une période de trente-six mois à compter de la fin du contrat, pour les actes ou les faits pouvant donner lieu à un dommage, survenus et déclarés pendant la durée du contrat.

Si le risque est couvert par un autre assureur lors de la survenance du dommage, l'assureur claims made dont le contrat a cessé n'est pas tenu d'intervenir.

Pour les dommages qui surviendraient après la fin du contrat, il convient de prévoir une couverture de la postériorité, vu que le dommage doit survenir, et être déclaré, pendant la durée du contrat pour qu'il y ait intervention. Dans le cadre de certaines conventions collectives conclues au sein des cliniques, cette garantie est prévue automatiquement, en cas de décès ou d'arrêt d'activité, moyennant un tarif et avec un plafond maximum de prime préétablis.

Dans d'autres, la garantie de la postériorité est conditionnée par le maintien de la couverture de l'établissement auprès de l'assureur.

2.3. Le système dit du fact occurrence (fait générateur)

Ce système offre une postériorité inconditionnelle vu qu'après cessation du contrat, la garantie reste acquise à l'assuré ainsi qu'à ses héritiers pour autant que les faits constitutifs du dommage remontent à la période pendant laquelle la couverture était en vigueur.

3. PASSAGE D'UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE À UNE AUTRE, UN EXERCICE DÉLICAT

Le passage d'une compagnie d'assurance à une autre est un exercice délicat car il peut s'accompagner d'un changement de système d'assurance.

Ainsi, par exemple, lors du passage vers une compagnie appliquant le principe du fait générateur (fact occurrence), en venant d'un autre système, il conviendra le cas échéant de payer une prime d'antériorité afin de couvrir des sinistres qui pourraient survenir pendant la durée de couverture de ce nouvel assureur, mais dont le fait générateur tomberait sous la couverture de l'assureur précédent. En effet, ce dernier refusera son intervention si la survenance a lieu en dehors de la période de couverture de sa police.

La nécessité de souscrire une couverture de l'antériorité s'impose également lorsque l'on passe d'un système claims made à un système loss occurrence. Car même si le dommage est survenu pendant la durée du contrat claims made, la loi prévoit que l'assureur n'est pas tenu à intervention si, à la fin du contrat, le risque est couvert par un autre assureur.

4. A TITRE D'EXEMPLE, TROIS CAS CLASSIQUES D'INTERVENTION OU DE NON-INTERVENTION DES ASSUREURS EN FONCTION DU SYSTÈME D'ASSURANCE D'APPLICATION

A = assureur retenant le principe du fact occurrence
B = assureur retenant le principe du loss occurrence
C = assureur retenant le principe du claims Made
X = fait générateur
O = survenance du dommage
/ = transfert de compagnie

Cas N°1:

-----/-----X-----O ----->Temps

B ou C/A

Dans ce cas, A intervient, postériorité 20 ans.

Cas N°2:

-----X-----/-----O ----->Temps

B ou C/A

Dans ce cas, A n'est pas tenu d'intervenir vu que le fait générateur est antérieur à sa police. Ni B, ni C ne sont tenus d'intervenir vu que la survenance a lieu en dehors de la période de couverture de la police.

Solution: couverture d'antériorité.

Cas N°3:

-----X -----Décès/Retraite-----O----->Temps

Si le médecin est couvert en loss occurrence ou en claims made au moment du fait générateur, il ne sera pas couvert par sa compagnie sauf s'il a prévu et pu obtenir une couverture de postériorité. Si le médecin est couvert en fait générateur, il bénéficie d'une couverture de postériorité.

5. CONCLUSION

Le contrat d'assurance de la responsabilité médicale a pour objet de couvrir l'assuré pour toute demande en réparation et de tenir, dans les limites de la garantie, son patrimoine indemne de toute dette résultant d'une responsabilité établie. La réponse du marché de l'assurance à cette préoccupation légitime est malheureusement inégale et imparfaite. Par ailleurs, le passage d'une compagnie à une autre peut engendrer un trou de couverture. Compte tenu de la complexité de la matière et des changements incessants qui caractérisent le marché, il est conseillé de consulter un courtier spécialisé capable de faire une étude de l'étanchéité de votre couverture dans le temps.

Correspondance et tirés à part:

Valéry Safarian, Account Manager, Gras Savoye Belgium

Zuiderlaan, 91 - B-1731 Zellik

Fax: 02/481.18.10, GSM: 0478/33.56.54

Valery.safarian@grassavoye.be, website: <http://www.grassavoye.be>

eHEALTH

Le numéro spécial de septembre de notre bulletin était principalement consacré à la problématique autour de eHealth. La loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth a été publiée au Moniteur belge du 13 octobre 2008.

Le GBS vous tiendra régulièrement informés des arrêtés d'exécution adoptés et veillera à ce que les intérêts des médecins soient pris en compte. Le symposium annuel du GBS qui se tiendra le 7 février 2009 sera consacré à ce thème. Le programme complet vous sera communiqué dans les meilleurs délais. Le texte intégral de la loi peut être consulté sur notre website mais peut également être obtenu sur simple demande auprès du secrétariat (tél. 02/649.21.47 – fax 02/649.26.90 ou par e-mail josiane@vbs-gbs.org).

LE TITRE PROFESSIONNEL PARTICULIER EN MEDECINE D'ASSURANCE ET EXPERTISE MEDICALE

L'arrêté ministériel du 22 janvier 2007¹ fixe les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, maîtres de stage et services de stage en médecine d'assurance et expertise médicale. Conformément aux dispositions transitoires, les médecins notoirement compétents dans cette matière depuis cinq années au moins disposent de deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur de cet arrêté pour introduire leur demande d'agrément. Dans le cas présent, cette demande doit être introduite (par lettre recommandée) **avant le 15 février 2009** auprès du SPF Santé publique, Commission d'agrément médecine d'assurance et expertise médicale, place Victor Horta 40 boîte 10 à 1060 Bruxelles. La preuve que l'on est notoirement compétent dans cette matière peut être apportée notamment par des publications personnelles, une attestation de spécialistes reconnus avec lesquels on a régulièrement collaboré, sa participation à des congrès nationaux et internationaux, à des réunions scientifiques concernant cette matière. Il est également utile de joindre une lettre du(des) président(s) du(des) tribunal(tribunaux) qui vous désigne(nt) régulièrement pour des expertises.

Le texte intégral de l'arrêté ministériel peut être obtenu sur simple demande auprès du secrétariat (tél. 02/649.21.47 – fax 02/649.26.90 ou par e-mail josiane@vbs-gbs.org)

CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE : MODIFICATION ART. 58, A

En sa séance du 20 septembre 2008, le Conseil national a modifié le premier alinéa de l'article 58, a, du Code de déontologie médicale comme suit :

«La communication dans le cadre de la législation sur l'Assurance Maladie-Invalidité, aux médecins-inspecteurs du service d'évaluation et de contrôle médicaux des seuls renseignements nécessaires à l'exercice de leur mission de contrôle dans les limites strictes de celle-ci ».

¹ Moniteur belge du 5 février 2007

NOMENCLATURE ARTICLE 12, § 1er, a) (ANESTHÉSIOLOGIE)
(en vigueur à partir du 01.12.2008)

18 SEPTEMBRE 2008. - Arrêté royal modifiant l'article 12, § 1er, a), 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 (M.B. du 9.10.2008)

Article 1er. A l'article 12, § 1er, a), 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, [...], dans le libellé de la prestation 201294 - 201305, les mots "nos 201154 - 201165 et 201176 - 201180" sont remplacés par les mots "nos 201154 - 201165, 201176 - 201180 et 201353 - 201364".

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.

NOMENCLATURE ARTICLES 14, c) ET 14, e)
(CHIRURGIE PLASTIQUE & CHIRURGIE THORACIQUE)
(en vigueur à partir du 01.12.2008)

18 SEPTEMBRE 2008. - Arrêté royal modifiant les articles 14, c), et 14, e), 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 (M.B. du 10.10.2008)

Article 1er. A l'article 14, c) ndlr : Chirurgie plastique de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° au I., 2.,

a) la prestation suivante est insérée après la prestation 251930-251941 :

« 251952-251963

Prélèvement d'un lambeau perforateur (ex : DIEP ou SGAP) et préparation du pédicule en vue du transfert microchirurgical K 300 »;

b) la règle d'application qui suit la prestation 251930-251941 est modifiée comme suit :

les mots « et 251930-251941 » sont remplacés par les mots « , 251930-251941 et 251952-251963 »;

c) il est inséré, après la règle d'application qui suit la prestation 251930-251941, une règle d'application rédigée comme suit :

« Les prestations 251812-251823, 251834-251845, 251915-251926, 251930-251941 et 251952-251963 peuvent être attestées dans le cas de reconstruction par lambeau libre quels que soient la localisation anatomique réceptrice et le type de reconstruction microchirurgicale effectué, excepté lorsqu'il existe une prestation spéciale indiquant une reconstruction spécifique par lambeau libre. » ;

2° au II., 1.,

a) l'intitulé qui précède la prestation 252453-252464 est remplacé par l'intitulé suivant :

« Reconstruction chirurgicale après une opération 227636-227640 ou 227651-227662 ou 227673-227684 ou 227695-227706 ou 227710-227721 ou 227732-227743 ou 227754-227765 ou 227776-227780 ou 227791-227802 ou 227813-227824 ou 227835-227846 ou 227850-227861 ou 227872-227883 ou 227894-227905. » ;

b) le libellé de la prestation 252475-252486 est remplacé par le libellé suivant :

« Par lambeau musculo-cutané pédiculé type grand dorsal (y compris la fermeture du site donneur) »;

c) les prestations suivantes sont insérées après la prestation 252475-252486 :

« 252534-252545

Par lambeau de TRAM pédiculé (y compris la fermeture du site donneur) K 400

252556-252560

Par lambeau libre microchirurgical classique (y compris la fermeture du site donneur) K 650

252571-252582

Par lambeau libre microchirurgical perforant type DIEP ou SGAP (y compris la fermeture du site donneur) K 750 »;

d) la première règle d'application qui suit la prestation 252512-252523 est modifiée comme suit :

les mots « ou 252475-252486 » sont remplacés par les mots « , 252475-252486, 252534-252545, 252556-252560 ou 252571-252582 »;

e) la deuxième règle d'application qui suit la prestation 252512-252523 est remplacée par les dispositions suivantes :

« Si une des prestations 252431-252442, 252453-252464, 252475-252486 ou 252512-252523 est exécutée dans le même temps opératoire qu'une des prestations 227636-227640 ou 227651-227662 ou 227673-227684 ou 227695-227706 ou 227710-227721 ou 227732-227743 ou 227754-227765 ou 227776-227780 ou 227791-227802 ou 227813-227824 ou 227835-227846 ou 227850-227861 ou 227872-227883 ou 227894-227905, les deux prestations sont honorées à 100%.

Les prestations 252453-252464, 252475-252486, 252490-252501 et 252512-252523 peuvent également être attestées après une des interventions de chirurgie thoracique suivantes :

- une intervention selon Urban,
- ou une intervention selon Halsted ou Pattey avec ou sans examen anatomo-pathologique extemporané,
- ou une exérèse d'une tumeur située au-dessus du fascia dans les parties molles mais avec résection totale de l'organe dans lequel se situe la tumeur,
- ou une exérèse d'une tumeur ou d'un kyste de la glande mammaire,
- ou une mammectomie partielle ou tumorectomie associée à un curage ganglionnaire axillaire.

Cette disposition est limitée à des interventions effectuées avant la date d'entrée en vigueur des prestations 227636-227640, 227651-227662, 227673-227684, 227695-227706, 227710-227721, 227732-227743, 227754-227765, 227776-227780, 227791-227802, 227813-227824, 227835-227846, 227850-227861, 227872-227883 et 227894-227905. ».

Art. 2. A l'article 14, e) ndlr : Chirurgie thoracique sont apportées les modifications suivantes :

1° les prestations suivantes sont insérées avant la prestation 226936-226940 :

« 227592 - 227603

Résection du ganglion sentinelle N 200

227614 - 227625

Résection du ganglion sentinelle avec examen peropératoire anatomo-pathologique du ganglion sentinelle N 250

227636 - 227640

Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne N 200

227651 - 227662

Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne et résection du ganglion sentinelle N 300

227673 - 227684

Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne et résection du ganglion sentinelle avec examen anatomo-pathologique peropératoire du ganglion sentinelle N 350

227695 - 227706

Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne avec évidement axillaire . . . N 400

227710 - 227721

Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne et résection du ganglion sentinelle qui en cas d'envahissement tumoral démontré à l'examen anatomo-pathologique peropératoire est suivi d'un évidement ganglionnaire de l'aisselle N 500

227732 - 227743

Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante N 100

227754 - 227765

Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, non-palpable, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante, après procédure de localisation . . . N 150

227776 - 227780

Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante et résection du ganglion sentinelle N 400

227791 - 227802

Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante et résection du ganglion sentinelle avec examen anatomo-pathologique peropératoire du ganglion sentinelle N 450

227813 - 227824

Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante et résection du ganglion sentinelle qui en cas d'envahissement tumoral démontré à l'examen anatomo-pathologique peropératoire est suivi d'un évidement ganglionnaire de l'aisselle N 600

227835 - 227846

Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante, et un évidement ganglionnaire de l'aisselle . . . N 450

227850 - 227861

Résection complète d'une lésion bénigne du sein N 100

227872 - 227883

Résection complète d'une lésion bénigne du sein non palpable ou à titre diagnostique, après procédure de localisation N 150

227894 - 227905

Résection complète du sein (mastectomie) sans tumeur maligne démontrée N 200 »;

2° le libellé de la prestation 226936 - 226940 est remplacé par le libellé suivant :

« Evidement ganglionnaire de l'aisselle dans le cadre du traitement d'une tumeur maligne du sein, démontrée »;

3° les prestations 226951-226962, 226973-226984, 226995-227006, 227010-227021, 227032-227043, 227054-227065 et 227076-227080 sont abrogées;

4° le libellé de la prestation 227511-227522 est remplacé par le libellé suivant :

« Supplément aux prestations 227636-227640, 227651-227662, 227673-227684, 227695-227706, 227710-227721, 227732-227743, 227754-227765, 227776-227780, 227791-227802, 227813-227824, 227835-227846, 227850-227861, 227872-227883 ou 227894-227905 pour mise en place d'une prothèse interne au cours de la même séance opératoire. »;

5° le libellé et la valeur relative de la prestation 227113-227124 sont remplacés comme suit :

« Résection sub-aréolaire de tissu mammaire chez l'homme N 150 ».

Art. 3. 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.

**NOMENCLATURE ARTICLE 14, h), § 1er, II., 1°
(OPHTALMOLOGIE – ACTES THÉRAPEUTIQUES)
(en vigueur à partir du 01.12.2008)**

18 SEPTEMBRE 2008. - Arrêté royal modifiant l'article 14, h), § 1er, II., 1°, 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 (M.B. du 9.10.2008)

Article 1er. A l'article 14, h), § 1er, II., 1°, 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, [...], la prestation et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 248091-248102 :

« 248334-248345

Injection intravitréenne effectuée dans des conditions d'asepsie stricte N 115

Dans le cas où l'injection est administrée pour le traitement de la néovascularisation sous-rétinienne, la prestation 248334-248345 doit répondre aux règles d'application suivantes pour pouvoir bénéficier d'un remboursement :

1° le diagnostic doit s'appuyer sur les résultats des examens suivants :

- a) examen de l'acuité visuelle;
- b) examen des segments oculaires antérieur et postérieur (biomicroscopie et fond de l'oeil);
- c) photographie en couleurs du fond de l'oeil;
- d) OCT (optical coherence tomography) ou méthode comparable;

e) angiographie en fluorescence;

2° les trois premières injections ne sont remboursées que si toutes les conditions mentionnées ci-dessous ont été remplies :

a) baisse de vision récente (moins de 6 mois), la vision étant encore de 1/20 au moins;

b) néovascularisation à un stade actif (diffusion démontrable sur angiographie en fluorescence);

c) oedème rétinien démontré au moyen d'une OCT (optical coherence tomography) ou d'une méthode comparable;

d) fibrose restreinte;

3° la quatrième injection ainsi que les suivantes sont remboursées seulement si la vue n'est pas inférieure à 1/10. Le respect de cette condition doit être prouvé avant toute nouvelle injection;

4° à dater de la première injection, le nombre total d'injections remboursables est limité à 8 par oeil la première année, à 6 par oeil la deuxième année et à 4 par an et par oeil à partir de la troisième année;

5° les données subjectives et objectives relatives au diagnostic de néovascularisation sous-rétinienne et à la réaction favorable au traitement entamé à cet effet sont conservées dans le dossier médical du patient. »

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.

NOMENCLATURE ARTICLE 20, § 1er, a) (MÉDECINE INTERNE) (en vigueur à partir du 01.12.2008)

18 SEPTEMBRE 2008. - Arrêté royal modifiant l'article 20, § 1er, a), 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 (M.B. du 9.10.2008)

Article 1er. L'article 20, § 1er, a), 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, [...], est complété par la prestation et les règles d'application suivantes :

« 470735-470746

« Evaluation qualitative et audiovélocimétrique de phénomènes circulatoires (artériels et/ou veineux) par l'effet Doppler, au niveau du shunt artério-veineux d'une hémodialyse, en dehors des prestations chirurgicales, avec protocole et conclusion sur base de Dopplerogrammes standardisés K 15

La prestation 470735-470746 peut être portée en compte au maximum 12 fois par an.

La prestation 470735-470746 n'est pas cumulable avec la prestation 114015-114026. »

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.

DES CLES POUR COMPRENDRE LE CHOIX DU TYPE DE REVALIDATION EN BELGIQUE

Communiqué de presse du KCE (26/09/2008)

Le Centre fédéral d'expertise en soins de santé (KCE) a étudié, en collaboration avec l'Agence Intermutualiste, l'organisation et la consommation des soins de revalidation en Belgique. La revalidation est organisée de manière particulière dans notre pays, qui offre le choix entre kinésithérapie et médecine physique et de réadaptation. Dès lors, deux types de prise en charge coexistent mais, curieusement, ce n'est pas l'état de santé du patient qui constitue l'unique déterminant du choix du traitement : d'autres facteurs jouent un rôle certain, en particulier les habitudes locales des hôpitaux.

En Belgique, deux types de prestataires de soins sont responsables de la revalidation, à savoir le kinésithérapeute et le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation. Ce dernier s'est spécialisé durant 5 années. Kinésithérapeutes et médecins spécialistes sont remboursés par l'INAMI sur base des prestations effectuées mais chaque groupe de prestataires utilise un code de remboursement qui lui est spécifique.

Coexistence des activités des kinésithérapeutes et des médecins spécialisés en médecine physique et réadaptation

En théorie, la revalidation de type multidisciplinaire, assurée par les médecins spécialistes, est destinée à des patients souffrant d'affections complexes et invalidantes (telles que les hémorragies cérébrales ou des interventions chirurgicales lourdes). Ils bénéficient dans ce cadre d'une combinaison de soins qui inclut par exemple de la kinésithérapie, de

l'ergothérapie et de la logopédie. Ces soins de réhabilitation, prodigués en hôpital général ou en institution spécialisée, sont dispensés par exemple par un kinésithérapeute et par un ergothérapeute mais c'est le médecin spécialiste en médecine physique qui les facture car il en assure la supervision.

Pour la réhabilitation des patients souffrant d'affections moins complexes, fréquemment des affections de l'appareil locomoteur (par exemple une lésion du ménisque), la kinésithérapie seule est souvent suffisante. Or ces patients peuvent consulter tant un kinésithérapeute qu'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation puisque chacun offre des soins de kinésithérapie.

Un Belge sur quatre ...

Les chercheurs ont analysé la consommation de soins de réhabilitation durant une période de trois années (2003-2005) sur base des données de facturation des mutualités : il apparaît qu'un belge sur quatre a bénéficié de réhabilitation durant cette période, principalement de la kinésithérapie. Cette consommation est plus élevée chez les femmes que les hommes. Elle augmente avec l'âge, en particulier après 60 ans.

Choix du type de réhabilitation : des constatations qui posent question

Les réhabilitations facturées suite à des opérations orthopédiques, à des mastectomies et à des opérations pour incontinence urinaire ont été identifiées dans les bases de données des mutualités. La kinésithérapie (la plupart du temps commencée à l'hôpital) est la forme la plus courante de réhabilitation après ces interventions.

La médecine physique et de réadaptation de type multidisciplinaire est souvent le traitement de première intention après des interventions orthopédiques lourdes telles que le placement d'une prothèse de hanche ou de genou, une opération du dos ou pour fracture de hanche. Il est frappant de constater que ces traitements sont souvent brusquement arrêtés après la sortie de l'hôpital et que la réhabilitation se poursuit alors uniquement avec de la kinésithérapie. On peut dès lors se demander si le traitement multidisciplinaire correspondait vraiment aux besoins du patient. De même, comment interpréter le fait qu'après certaines opérations (par exemple une intervention pour fracture de la clavicule), plus de la moitié des patients ne bénéficie d'aucune réhabilitation?

C'est l'hôpital qui choisit entre kinésithérapie et médecine physique et de réadaptation

La possibilité de choisir entre kinésithérapie et médecine physique et de réadaptation conduit à la question-clé de ce rapport: quels facteurs déterminent le choix du type de traitement? Les habitudes locales de l'hôpital paraissent jouer un rôle crucial. La moitié des hôpitaux qui disposent d'un service de médecine physique et de réadaptation choisit en effet systématiquement ce type de réhabilitation mieux, rémunéré, pour au moins 80% des patients souffrant d'une des affections lourdes énumérées ci-dessus.

Recommandations

Le KCE recommande une adaptation des règles de remboursement de la médecine physique et de réadaptation après interventions chirurgicales non compliquées. Il convient en effet d'éviter que le choix des traitements soit plus dicté par des considérations financières que par les besoins réels des patients. Plutôt que de pouvoir facturer les mêmes soins que les kinésithérapeutes, les médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation devraient être rémunérés pour leurs prestations de type intellectuel, telles que l'établissement du diagnostic, l'élaboration d'un plan de traitement de réhabilitation et la coordination des soins prodigués par les kinésithérapeutes et ergothérapeutes. Bien sûr, le KCE ne peut formuler de recommandations similaires relatives à la réhabilitation d'autres affections que celles étudiées dans le rapport.

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 87B.

SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE : LES PRESTATAIRES DE SOINS DOIVENT COLLABORER DAVANTAGE

Communiqué de presse du KCE (30/09/2008)

Le Centre fédéral d'expertise pour les soins de santé (KCE) et le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) ont dressé un bilan de l'activité des centres de référence pour le Syndrome de Fatigue Chronique (SFC), qui ont été créés en 2002. Les résultats de la prise en charge par ces centres de référence restent décevants. Il est vrai que des preuves scientifiques d'une meilleure efficacité diagnostique et thérapeutique du SFC par de tels centres, n'ont jamais été apportées jusqu'à présent. De plus, les centres n'ont pas réussi à mettre sur pied une organisation des soins en collaboration avec la première ligne (médecins traitants, kinésithérapeutes, psychologues...) et les hôpitaux de proximité. C'était pourtant l'une des missions principales qui leur étaient assignées. Le KCE et le CSS recommandent dès lors de lier plus strictement le financement de ces centres à la mise sur pied d'une organisation des soins échelonnée, dans le cadre d'une évaluation scientifique des résultats obtenus.

En 2002, les pouvoirs publics belges ont créé 5 centres de référence pour le Syndrome de Fatigue Chronique, se positionnant en pionniers dans ce domaine en Europe. Les centres de référence sont attachés à un hôpital universitaire (UCLouvain, UZ Leuven, UZ Anvers et UZ Gand pour les adultes; UZ Bruxelles pour les enfants et les adolescents). Les centres assurent une prise en charge multidisciplinaire par des médecins, des kinésithérapeutes, des psychothérapeutes, etc. Le rapport d'évaluation rédigé par l'INAMI en 2006 reflète des résultats limités : le patient se sent bien moins fatigué, mais ne constate pas d'amélioration franche sur les plans de la qualité de vie, de la reprise du travail et de la capacité à l'effort. L'accord de financement entre l'INAMI et ces centres de référence arrive

prochainement à échéance. Se pose dès lors la question de sa prolongation au-delà de cette date ou d'une réorientation vers une autre prise en charge qui apporterait de meilleurs résultats.

La cause du SFC n'est pas encore connue. Aussi, le modèle biopsychosocial semble offrir l'approche la plus cohérente pour comprendre le problème : le SFC serait provoqué par des facteurs physiques et psychosociaux qui entretiennent et renforcent les symptômes. Le critère essentiel pour diagnostiquer le SFC est une fatigue invalidante persistant depuis au moins 6 mois. Environ 7% des patients atteints du SFC guérissent spontanément, la plupart du temps au cours des 5 premières années. Toutefois, sans intervention médicale, les symptômes s'aggravent dans 5 à 20% des cas. L'instauration d'un traitement améliore la situation de 40% des patients atteints de SFC, mais ne garantit pas une guérison complète. Les jeunes ont plus de chances de guérir que les adultes. Plus tôt le malade est pris en charge, plus élevées seront ses chances de mener une vie normale.

Ce qui est très clair, c'est qu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucun médicament qui puisse guérir le patient SFC. Les centres de référence belges proposent la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie par exercices graduels. Ces thérapies ont prouvé leur efficacité, pour autant qu'elles soient adaptées à la situation spécifique des patients SFC et assurées par des thérapeutes expérimentés. Les résultats obtenus dans les centres de référence restent toutefois mitigés, sans que l'on sache très bien pourquoi. Une évaluation scientifique des résultats est plus que nécessaire.

L'une des missions principales assignées aux centres de référence était la mise sur pied d'un réseau de soins en collaboration avec les médecins traitants, les thérapeutes et les hôpitaux. Jusqu'à présent, cet objectif n'a pas été atteint par les centres. Dès lors, la prise en charge du diagnostic et de l'ensemble du traitement a été exclusivement et entièrement assurée par les centres de référence.

Le KCE et le CSS recommandent une organisation des soins mieux structurée et scientifiquement fondée, dans laquelle la première ligne (médecin généraliste, kinésithérapeute, psychologue...) retrouve un rôle central, en collaboration avec la deuxième ligne (hôpitaux de proximité, centres de santé mentale,...) et un centre de référence. Notons qu'un rapport publié par le Conseil Supérieur de la Santé en 2005 (Avis du CSS n° 7814/2005) a mis en évidence un grand nombre de pierres d'achoppement dont il faudra tenir compte.

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 88B.

LES NOUVEAUX TRAITEMENTS DE LA PROSTATE SONT-ILS AU POINT ?

Communiqué de presse du KCE (24/10/2008)

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a étudié l'utilisation de plusieurs nouvelles techniques, à savoir : les ultrasons (HIFU) dans le traitement du cancer et les lasers dans le traitement des augmentations du volume de la prostate. Ces nouvelles techniques sont-elles aussi efficaces que les techniques classiques ? Entraînent-elles moins de risques et de complications ? Vu qu'il n'y a pas encore suffisamment de données disponibles, le KCE recommande de ne pas rembourser ces techniques pour le moment.

Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme, mais ce n'est pas celui qui cause le plus de décès. Il ne se classe qu'en troisième position des causes de mortalité par cancer en Belgique et le décès ne survient que relativement tardivement, le plus souvent après l'âge de 75 ans. Ce cancer est souvent découvert à un stade relativement précoce. Des traitements par chirurgie ou radiothérapie sont proposés aux patients dont l'espérance de vie dépasse dix ans. Ces deux modalités assurent un taux de survie excellent, mais peuvent entraîner des complications comme des troubles de l'érection, de l'incontinence et des troubles de la digestion. Afin de diminuer ces problèmes, quelques nouvelles techniques (comme l'HIFU) ont été mises au point.

L'HIFU permet de tuer les cellules cancéreuses en les chauffant avec des ondes émises à une haute fréquence. Ce traitement a été administré pendant les huit dernières années à environ 1% des nouveaux cas de ce cancer dans 4 hôpitaux belges. Le coût du traitement est en partie supporté par le patient et varie d'un hôpital à l'autre (de 0 à 3000 euros).

Le KCE conclut qu'il n'existe actuellement pas assez de données comparant les avantages et inconvénients du traitement par HIFU par rapport au traitement de référence. Sur base de ces informations, le KCE conseille de postposer le remboursement de cette thérapie jusqu'à ce que des données scientifiques plus abondantes soient disponibles. Par contre, en ce qui concerne les patients qui présentent une récurrence après l'échec de la radiothérapie, l'HIFU est la seule alternative à l'hormonothérapie, laquelle a de nombreux effets secondaires et un coût élevé. Pour ce groupe restreint de patients, un remboursement de l'HIFU peut être recommandé.

Augmentation du volume de la prostate

Une augmentation bénigne de la taille de la prostate est observée chez environ 50% des hommes de 60 ans. Si cette augmentation ne provoque pas de symptômes, comme un jet faible ou interrompu, ou la nécessité de se lever fréquemment pour uriner, aucun traitement n'est requis. Dans les autres situations, plusieurs options sont envisageables, comme un traitement médicamenteux ou une opération. Pratiquée depuis la fin de la guerre, la résection transurétrale de la prostate (TURP) est devenue le traitement chirurgical le plus investigué et le plus efficace pour l'augmentation de volume de la prostate. Il permet de diminuer ce volume en passant un petit bistouri par les voies

urinaires. Toutefois, cette résection peut avoir des effets secondaires, par exemple : des saignements, des infections et des difficultés au moment de l'érection et de l'éjaculation, ... C'est pourquoi de nouvelles techniques utilisant les lasers comme le PVP et les lasers à holmium sont proposées aux urologues. En Belgique, cinq hôpitaux proposent actuellement la PVP en routine, ce qui représente environ 300 interventions PVP effectuées depuis 2004, soit moins de 1% des interventions. Les hôpitaux facturent d'ordinaire à l'INAMI une TURP traditionnelle. Le patient (ou son assurance privée) paie en sus le prix de la fibre (soit environ 1500 euros). A l'heure actuelle, le traitement au laser à holmium n'est pas proposé en Belgique.

Le KCE conclut également qu'il n'existe actuellement pas assez de données scientifiques relatives à la sécurité et à l'efficacité de ces deux techniques utilisant le laser. Ces techniques présentent aussi deux autres désavantages: leur coût d'investissement et l'apprentissage supplémentaire que les urologues doivent effectuer avant de réaliser les procédures en toute sécurité et efficacité. L'avantage de la résection endoscopique est qu'elle fait partie des procédures enseignées en routine à l'université et est de ce fait bien connue par les urologues. Le KCE recommande qu'une information claire sur les risques et les incertitudes soit fournie au patient dans le cas où un traitement de ce type est envisagé. La résection endoscopique devrait rester pour l'instant l'approche standard, et la décision de rembourser les techniques utilisant le laser devrait être reportée jusqu'à que l'on dispose de davantage de données scientifiques de bonne qualité.

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : www.kce.fgov.be (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 89B.

RÉUNIONS SCIENTIFIQUES

Gastroenterology and Endotherapy : 27th European Workshop

Monday, June 22 to Wednesday, June 24, 2009 – Brussels Exhibition Centre

This course is intended for practicing gastroenterologists with varying levels of training and experience, for surgeons interested in transoral endosurgery or NOTES, for fellows in training as well as for GI nurses.

Official language : English

For further information : Course coordinator, Mrs Nancy BEAUPREZ, Gastroenterology Department, Erasme Hospital, Route de Lennik 808, 1070 Brussels – Tel. 02/555.49.00 – Fax 02/555.49.01 – E-mail : nancy.beauprez@erasme.ulb.ac.be – <http://www.live-endoscopy.com>

ANNONCES

- 04017* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73
- 07068* **ANESTHESISTE**, large expérience des techniques générales et locorégionales, clinique de la douleur et soins intensifs, est prêt à assurer des remplacements, gardes résidentes et gardes d'urgence partout dans le pays. Tél.: 0477/45.29.50.
- 08012* **BRUXELLES** : Centre Médical privé cherche **NEUROLOGUE** et **ORL**. Prière de tél. au 02/267.97.78. Contact : Mme LOPEZ.
- 08088 **LIEGE** : nouveau centre médical indépendant, ouverture mi-2010, périphérie de Liège, accès autoroute, parking, gestion centralisée, recherche **MEDECINS SPECIALISTES TOUTES DISCIPLINES**. Plateau technique complet avec radiologie, médecine nucléaire, laboratoire, salle d'opération, piscine, ... Pour tout renseignement : Tél. : 0486/03.86.01 - 0497/55.49.05 - mail : siroc.sprl@gmail.com.
- 08100 **FRANCE (ANNECY, HAUTE-SAVOIE) : CEDE CABINET** en association avec deux autres **RHUMATOLOGUES**. Activité importante (délais de rendez-vous environ 2 mois), ostéodensitométrie, échographie. Cette cession comprend la vente de parts de société (opération immobilière intéressante car amortissement en cours pendant encore sur 12 ans) et un droit d'entrée à discuter. Le cabinet est situé dans un petit immeuble d'un étage, entièrement remis à neuf, acheté il y a 3 ans en copropriété avec un cabinet de 5 cardiologues, un laboratoire d'analyses et une halte-garderie. Accès handicapés prévu, ascenseur, parking facile en bas de l'immeuble. Bus à la porte de l'immeuble. Contact : jean-paul.casez@wanadoo.fr, téléphone 00.33.4.50.45.34.82.
- 08101 **A VENDRE** : • EMC Appareil locomoteur (à jour - état neuf) : 800 € • EMC Techniques chirurgicales Orthopédie-Traumatologie (à jour - état neuf) : 850 € • Revue de chirurgie orthopédique (1968-2008) : 250 € • Acta Orthopaedica Belgica (1971-2008) : 250 € • Journal of Bone and Joint Surgery (A and B) (Ja1975-déc1980) : 100 € • Revue médicale de Liège (1946-1984) : 50 €. Tél. : 04/343.69.87.
- 08102 **BRUXELLES** : Le CHU Saint-Pierre recrute : **2 résidents en RADIOLOGIE**. • **Nature de la fonction** : Le médecin résident partage son temps entre le service des salles et celui des consultations et des services techniques; il participe à la formation et au contrôle de l'activité des médecins candidats spécialistes, des médecins surnuméraires et des étudiants en médecine. Il est tenu d'assurer le service de garde tant pour le service de porte que pour les patients hospitalisés. Il est responsable des médecins candidats spécialistes et des médecins surnuméraires de sa discipline qui lui sont attachés pendant les prestations de garde. • **Conditions d'accès** : Le médecin résident doit : a. être porteur du diplôme de docteur en médecine, chirurgie et accouchements; b. être autorisé à pratiquer l'art de guérir en Belgique. c. être reconnu en qualité de médecin spécialiste en radiologie ou avoir accompli les formalités légales requises en vue de l'obtention de reconnaissance en cette qualité. • **Nous offrons** : Une fonction enrichissante et variée dans un environnement universitaire et de travail en équipe. Un statut financier

compétitif avec prise en charge de la RC professionnelle par le CHU, pension extra-légale, prime à la productivité et fonds de promotion. Une prime linguistique dès la réussite de l'examen Selor, des chèques-repas, des congés scientifiques, des soins à tarif préférentiel dans tous les hôpitaux du réseau Iris, un environnement technique performant. • **Profil du service** : ♦ Service Universitaire fonctionnant 24h/24 avec Maîtrise de Stage pour formation complète. ♦ Organisation en secteurs cliniques ou techniques (ostéo-articulaire, tête et cou, abdomen, thorax, pédiatrie, échographie, sénologie, angio-interventionnelle, thoracique ...) sous la responsabilité d'un chef de clinique ou d'un consultant spécialisé. ♦ Service complètement numérisé – radiological information system (RIS Agfa). ♦ Hospital information system (HIS). ♦ Répartition du Service sur deux sites : Porte de Hal et rue des Alexiens en liaison informatique on line (images et dossier médical). ♦ L'activité du service est évaluée en moyenne à 120.000 passages/an. • **Vous êtes intéressé(e) ?** Pour introduire votre candidature, merci de bien vouloir adresser votre lettre de motivation et votre CV à la DRH du CHU Saint-Pierre, 322 Rue Haute, 1000 Bruxelles.

- 08103 **JODOIGNE** : Centre de Médecine Spécialisée, ouvert depuis début 2007, recherche encore des médecins spécialistes pour les disciplines suivantes: **CHIRURGIE GENERALE, CHIRURGIE CARDIAQUE, OPHTALMOLOGIE, GYNECOLOGIE, ORTHODONTIE, CHIRURGIE PLASTIQUE ET REPARATRICE, PEDIATRIE**. Statut indépendant et intensité d'activité adaptable. Polyclinique ambulatoire, située dans le centre de Jodoigne. Adresse: 19 av. des Combattants, 1370 Jodoigne. Pour tout renseignement: tél. 010/24.30.19.
- 08104 **BRUXELLES** : Brussels Quality Medicals cherche à s'adjoindre la collaboration d'un/d'une **PNEUMOLOGUE**, d'un/d'une **GYNECOLOGUE**. Nous recherchons également un/une **PEDIATRE** pour les deux sites pour une quarantaine de petits patients par jour. Merci de prendre contact avec Pascale Senny au 0477/75.36.48 ou au 02/242.80.25.
- 08105 **CHRVS AUVELAIS**, 330 lits, recherche un **INTENSIVISTE** (H/F). Pour renseignements et conditions : Dr P. JANSSENS, tél. : 071/26.53.80. Candidature et CV par courrier au Dr P. JANSSENS, Directeur Médical, CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie 75, 5060 Sambreville ou par e-mail: paul.janssens@mail.chrvs.be
- 08106 **NAMUR, LOCAUX ENTIÈREMENT RÉNOVÉS**, équipés pour cabinet médical ou paramédical (logopède, nutritionniste) dans quartier calme. À louer par ½ journée ou journée. Salle d'opération disponible pour : chirurgie orale, parodontologie, implantologie, chirurgie dermatologique. Places de parking pour patients. Adresse : Rue du Chaufour 5 à 5000 Namur. Pour tout renseignement : 0477/22.18.67.
- 08107 **SECRETAIRE MEDICALE** : offre d'emploi mi-temps à plein-temps selon convenance. Accueil, prise de rendez-vous, dactylographie, gestion, administration. Centre privé de radiologie à proximité de la CEE. Contact 0477/83.28.76.

Table des matières

• Assurance de la responsabilité civile professionnelle médicale : systèmes d'assurance et couverture de la postériorité.....	1
• EHealth	4
• Le titre professionnel particulier en médecine d'assurance et expertise médicale	4
• Code de déontologie médicale : modification art. 58, a	4
• Nomenclature article 12, § 1er, a) (Anesthésiologie)	5
• Nomenclature articles 14, c) et 14, e) (Chirurgie plastique & Chirurgie thoracique)	5
• Nomenclature article 14, h), § 1er, II., 1° (Ophtalmologie – Actes thérapeutiques)	7
• Nomenclature article 20, § 1er, a) (Médecine interne)	8
• Des clés pour comprendre le choix du type de revalidation en Belgique (Communiqué de presse du KCE – 26/09/2008)	8
• Syndrome de fatigue chronique : les prestataires de soins doivent collaborer davantage (Communiqué de presse du KCE – 30/09/2008)	9
• Les nouveaux traitements de la prostate sont-ils au point ? (Communiqué de presse du KCE – 24/10/2008)	10
• Réunions scientifiques	11
• Annonces	11