
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 2009

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

PROJET DE LOI RELATIF À L'INDEMNISATION DES DOMMAGES RÉSULTANT DE SOINS DE SANTÉ

Le Conseil des ministres du 23 octobre 2009 a adopté en deuxième lecture le projet de loi relatif aux risques médicaux et aux erreurs médicales. Le texte intégral du projet est maintenant disponible sur le website de la Chambre des représentants. Vous pouvez accéder directement à ce texte grâce au lien figurant dans la note de bas de page.¹ Les débats concernant ce projet en commission de la Santé publique de la Chambre ont débuté.

La presse est restée étonnamment silencieuse jusqu'à présent concernant ce nouveau projet de loi. Il ne fait pas de doute qu'au fil des ans, nombreuses ont été les personnes intéressées à cesser de suivre cette saga pas à pas. Nous vous livrons ci-après quelques réflexions et remarques du GBS à propos de ce nouveau projet.

Appréciation générale :

Quelques éléments ont été modifiés par rapport à la première version de mars 2009 mais, dans les grandes lignes, le système et sa finalité restent similaires : contourner la séparation des pouvoirs par la création d'un tribunal d'exception. Nos remarques générales relatives à la précédente version restent.

N.B.: le projet de loi abroge la loi du 15 mai 2007! Donc le dernier alinéa de l'article 136 §2 de la loi du 14-07-1994 disparaît (voir note au point 7. ci-après et in fine).

Défauts du système :

1. L'ampleur du coût et le « coût latéral »

Le but est de faciliter le recours du patient à l'indemnisation. Le Fonds est géré par un organe de type politique et parapolitique. Puisqu'il s'agit de se prononcer sur la « responsabilité » d'un prestataire de soins de santé: le concept n'est-il pas contraire au principe constitutionnel de la séparation des pouvoirs ? Seul l'appareil judiciaire bénéficiant de sa totale neutralité peut se prononcer sur la responsabilité. Ni la justice rapide ni la justice d'exception n'ont jamais été une bonne justice. Certes, a posteriori, la Justice aura le dernier mot mais chaque décision de « non-lieu » pèsera sur le budget de l'Etat. Est-il sain de laisser peser « l'intérêt général » contre le droit de l'individu ? Quel sera l'effet invisible sur l'autonomie de l'appareil judiciaire ? Contrairement au système français, l'organe qui gère le Fonds est très politique et n'a rien d'une instance judiciaire. Est-il sain de confier à un organe politique des matières qui relèvent de la justice ? Rien qu'à la définition de la notion de « responsabilité » prévue à l'art. 2,7° du projet, le sens de « faute professionnelle » est dénaturé (voir aussi point 4 ci-après). Quelle sera alors la marge entre pré-jugement et préjugé ?

Or voici qu'on vient déjà de lancer le système par le budget de l'AMI alors que le projet de loi n'a même pas encore été soumis au Parlement. Qu'advient-il après? Les instances décideuses du premier pas n'abandonneront jamais leur pouvoir décisionnel.

Ce système va entraîner l'accélération et la multiplication des actions en justice avec un contentieux judiciaire secondaire sans cesse croissant. En réalité, il s'agit d'une loi ouvrant la chasse aux dispensateurs de soins par le biais des mutualités (voir point 7 ci-après), à la fois juges et parties. Théoriquement, l'intervention du Fonds se limiterait aux seuls cas visés à l'art. 5 (IP 25% ou plus, IT de 6 mois ou troubles particulièrement graves). Dans la réalité, compte tenu

¹ <http://www.lachambre.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/flwb&language=fr&rightmenu=right&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwb.bn.cfm?lang=N&legislat=52&dossierID=2240>

du rôle des mutuelles couplé à leur droit de subrogation, le filet (« vangnet ») sera beaucoup plus large et finira par générer un contentieux qui s'étendra jusqu'au moindre petit inconvénient ou échec de traitement qui pourrait être considéré comme un « accident médical » ou un « échec thérapeutique » etc. qui ne résulte pas de l'état du patient.

Le cas refusé par le Fonds pour motif de non-conformité aux critères de l'art. 5 deviendra automatiquement un cas poursuivi par l'O.A. Le secteur des soins de santé et les assurances couvrant ses risques vont être confrontés à un contentieux qui restait muet jusqu'à présent mais la facture du « dommage latéral » sera très lourde. Le rapport du Centre Fédéral d'Expertise (KCE) ne tient pas compte de ce « coût latéral ». Il se base d'ailleurs sur le système français et les organes neutres de celui-ci, au sein desquels il n'y a pas de mutuelles et qui en outre n'admettent la responsabilité du prestataire de soins que si la faute professionnelle est démontrée.

2. Finances de l'assurance RC (réserves pour l'antériorité + avances rapides pour les nouveaux risques + croissance des charges et frais des procédures + « coût latéral » croissant) : quid ?

La Belgique, comme tout le monde occidental, vit une période de crise financière similaire aux années 1930. Certaines grandes banques abandonnent le secteur des assurances. Est-ce alors le moment de se lancer dans des risques inconnus ? Va-t-on induire une nouvelle crise financière dans le secteur de l'assurance RC « soins de santé » ?

Actuellement, le secteur de l'assurance RC doit constituer des réserves pour couvrir les indemnités futures dans le cadre du contentieux existant antérieur sur base de la responsabilité fondée sur la faute professionnelle établie sur base du fait générateur, auxquelles viendront s'ajouter encore les faits générateurs antérieurs non encore déclarés des 20 dernières années.

Au même moment, l'entrée en vigueur du nouveau système va générer une accélération et une multiplication de recours (soit par les demandeurs et leur O.A., soit par le Fonds lui-même) générant une croissance rapide d'un contentieux (la dette potentielle des assureurs) envers le Fonds, doublé d'un accroissement des charges et frais de procédure et, bien entendu, du « coût latéral » mentionné ci-dessus. Comment va réagir le secteur dans quelques années ? Les primes d'assurance vont-elles à nouveau flamber ? Quid si les assureurs abandonnent le secteur RC « soins de santé » ? Quid de l'évolution de la réassurance sur le marché international ? Après la flambée des primes, sans ces derniers, c'est peine perdue.
Finalité ?

3. Le système à « double piste » mais aussi le « double rôle des mutuelles » !

Le système dit de la « double piste » belge : le Fonds détermine ab initio s'il y a « responsabilité » d'un prestataire de soins et le(s)quel(s) ; l'exposé des motifs dit (cyniquement) : « ... *il sera possible de réduire sensiblement les procédures à charge des prestataires de soins* ». En réalité, les contentieux judiciaires et les procédures vont se multiplier et s'allonger ; le parcours sera beaucoup plus difficile et plus long pour le(s) prestataire(s) et son assureur avant d'obtenir justice contre la décision du Fonds. C'est tout aussi injuste que la longueur des procédures actuelles.

L'exposé des motifs se réfère au système français. En France, les mutuelles ne jouent pas le même rôle qu'en Belgique. Ici on ne propose pas « la piste double » mais la « piste doublée par les O.A. ».

En fait, seul le patient a le choix de la piste ; il peut même changer de piste à tout moment ; les prestataires de soins doivent suivre la (les) piste(s) choisie(s) par le patient. Ce n'est qu'après la décision du Fonds que le(s) prestataire(s) peu(ven)t se retourner par voie judiciaire contre celle-ci. C'est aussi le principe du système français. Mais le récent rapport du KCE belge, qui donne une description du **système français, ne donne pas la composition des « Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation » (CRCI)**. Selon le site des CRCI, « les Commissions » sont composées de 20 membres (outre le président) représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs et l'ONIAM, ainsi que de personnalités qualifiées. »

(En détail : « *Chaque commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales comprend, outre son président :*

- 1^o Six représentants des usagers proposés par les associations d'usagers du système de santé ayant fait l'objet d'un agrément au niveau régional dans les conditions prévues à l'article L. 1114-1 ou ayant fait l'objet d'un agrément au niveau national et ayant une représentation au niveau régional ;
- 2^o Au titre des professionnels de santé :
 - - deux représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral désignés après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives, dont un médecin ;
 - - un praticien hospitalier désigné après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives ;
- 3^o Au titre des responsables des institutions et établissements publics et privés de santé :
 - - un responsable d'établissement public de santé proposé par les organisations d'hospitalisation publique les plus représentatives au plan régional ;
 - - deux responsables d'établissements de santé privés désignés par les organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan régional, dont un représentant des organisations d'hospitalisation privée à but non lucratif participant au service public hospitalier ;
- 4^o Deux représentants de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales désignés par son conseil d'administration ;
- 5^o Deux représentants des entreprises pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale prévue à l'article L. 1142-2 ;

• 6° *Quatre personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels.* »)
Il n'y a pas de mutuelles prévues.

4. La « double piste » mais aussi la « double notion de responsabilité »

Nous lisons bien dans le rapport du KCE au sujet du système français : « ... l'indemnisation sera à charge de l'assureur du professionnel de la santé ou de l'institution de soins, **dans le cas où une faute peut être démontrée.** » Ce concept **ne se retrouve nulle part dans le texte du projet de loi**. En fait, pour la piste du Fonds, **la notion de « responsabilité » est dédoublée** (art. 2,7° : « ...L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité»).

Que va alors devenir la procédure par voie judiciaire (la piste 2 de la seconde chance pour le prestataire) d'autant plus que deux hypothèses sont possibles :

- A) soit le juge ne prendra en compte que la faute professionnelle. Donc : même si le jugement établit qu'il n'y a pas de faute professionnelle, il ne contredira pas nécessairement la décision du Fonds dont la « logique » de responsabilité (légale) ne serait plus fondée sur une faute professionnelle mais sur le concept « spécifique » ; dans ce cas, pour le prestataire, le choix (secondaire) du recours par voie judiciaire ne devient qu'une pure question de principe : être blanchi d'une faute professionnelle. Il est même probable que le juge estimera ne pas devoir se prononcer à ce sujet, s'agissant de la « responsabilité » selon le concept du Fonds.
- B) soit la justice sera progressivement contaminée par le concept de « responsabilité » du Fonds, auquel cas même tous les actes non fautifs, de par un lien causal simple, deviendront des actes engageant la responsabilité du prestataire pour le juge.

Exposé des motifs (art. 4, p. 33 dernier al.) : « A noter que dans l'hypothèse où le Fonds indemnise sur base de son seul avis, et qu'au final, le juge ne conclut ni à la responsabilité du prestataire, ni à un accident médical sans responsabilité, le Fonds devra supporter seul l'indemnisation. Le choix a en effet été fait de ne pas récupérer l'indemnisation versée par le Fonds auprès de la victime dans cette hypothèse. Le Fonds devra dès lors rendre ses avis sur l'engagement ou non de la responsabilité d'un prestataire de soins de manière rigoureuse. » En d'autres termes: si le juge conclut à une sorte de lien de causalité intermédiaire -ni vraiment l'accident « pur » ni vraiment une faute- entre l'acte thérapeutique et le dommage, il dira : « responsable selon les définitions de la loi sur les dommages résultant de soins de santé ». Avant cinq ans, la notion de responsabilité ne correspondra plus à celle qui est couverte par le contrat d'assurance du praticien.

5. Le demandeur et sa mutuelle

Si le patient a le choix entre la démarche judiciaire ou s'adresser au Fonds, il ne peut toutefois être indemnisé qu'une seule fois ; mais il peut agir sur les deux tableaux : par exemple procédure judiciaire d'abord et ensuite le Fonds (auquel cas la procédure judiciaire est suspendue).

Question subsidiaire: puisque seul le patient (ou ses ayants droit) peu(ven)t être le « demandeur » (dans la procédure du Fonds), l'O.A. peut-il en parallèle, en vertu des dispositions de la loi sur les mutuelles et les unions des mutualités (art. 39 et 40 de la Loi du 6 août 1990), introduire un recours en justice contre le(s) prestataire(s) ? On ne voit aucune disposition dans le projet qui l'interdirait.

6. Un Fonds à l'INAMI

Le Fonds est situé dans le cadre des structures de l'INAMI ; il est géré par un Conseil d'Administration dans lequel les médecins sont sous-représentés (3 membres sur 28) et où les assureurs du risque ne le sont pas du tout.

*N.B. : art. 7 Le Conseil d'Administration comporte 7 groupes: 1° 4 représentants de l'autorité politique, 2° 4 représentants des employeurs, 3° 4 représentants des travailleurs, 4° 4 **représentants des organismes assureurs**, 5° 5 représentants des prestataires de soins dont 3 médecins, 6° 3 représentants des institutions de soins, 7° 4 représentants des associations des patients. Chaque groupe a autant de représentants néerlandophones que francophones (il y a donc un problème en ce qui concerne les groupes 5° et 6° de l'art. 7 ; le projet fournit la possibilité de prévoir également des suppléants).*

Le Fonds fonctionne avec le personnel de l'INAMI et du personnel transféré du SPF Santé publique (par décision ministérielle). On peut donc s'attendre à ce que l'INAMI va bientôt recruter, par exemple des ex-médecins-conseils de certains O.A. ou des ex-stagiaires juristes de certains bureaux d'avocat, etc. pour constituer ce personnel).

Contrairement aux organes prévus par la loi française, qui ne comportent pas de représentants des mutuelles, le projet belge exclut la représentation des assureurs du secteur de la RC. Le gestionnaire du Fonds prendra dès lors ses décisions sans aucune considération technique sur les problèmes d'assurabilité ; cette absence est d'autant plus inquiétante si on tient compte de l'évolution duale des concepts de « **responsabilité** » qui serviront de base d'une part aux critères de couverture des assureurs (répercutés dans les polices individuelles des dispensateurs) et d'autre part aux décisions du Fonds.

7. L'absence d'impartialité de l'organe est garantie

-Rôle des mutuelles : à la fois juge et partie : ex : art. 15, 3^e alinéa : « ...ou toute autre personne à laquelle le Fonds le demande, fournissent à celui-ci tous les documents et renseignements demandés ». L'identité de l'organisme assureur est même un élément obligatoire de la demande de recours au Fonds; ce n'est pas le patient qui le décide mais

c'est le Fonds qui demande son intervention dans la procédure. Autre exemple : art. 18. « Le demandeur, son organisme assureur, les prestataires de soins impliqués et les autres parties à la procédure... peuvent se faire assister par la personne de leur choix au cours de la procédure » (N.B. : l'exposé des motifs : «(par exemple un avocat, un médecin de confiance... un représentant de la mutualité) (Commentaire des articles –art. 12.8° : « ... cela permettra également au Fonds d'informer l'organisme assureur du patient du déroulement de la procédure, voire de lui permettre de s'y joindre s'il l'estime opportun. » et « L'organisme assureur peut effectivement, en tant que partie intéressée, demander des informations au Fonds à des intervalles réguliers. De surcroît, il peut assister à l'expertise contradictoire. »)

Il est évident que:

- les O.A. vont jouer un rôle actif voire décisif dans la procédure;
- les O.A. vont maximaliser tous les efforts pour disposer de toutes les informations relatives au dossier en cours d'examen;
- les O.A. auront un privilège d'initié sur tout ce qui se décide au Conseil d'administration du Fonds;
- les O.A. auront des contacts privilégiés avec l'administration du Fonds.

Il n'est pas impossible, même très probable, que les O.A. vont confier ce rôle à leurs super-médecins-conseils spécialisés en médecine légale et expertise médicale. Il est évident que cela va peser lourdement sur la neutralité de la procédure et surtout sur la neutralité des expertises « contradictoires ». Le fait est que les O.A. interviennent à la fois pour les intérêts du patient et pour leurs propres intérêts².

N.B. : le droit de subrogation dans le cadre de l'AMI (- art. 136 §2 et suivants de la loi sur l'AMI du 14-07-1994) avait fait l'objet d'une disposition spécifique (« **Le présent paragraphe n'est pas applicable aux indemnités octroyées en application de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages liés aux soins de santé, à l'exception des cas visés³ à l'article 30 de la même loi.** »)

Or les deux lois du 15-05-2007 sont abrogées par l'art. 33 du projet (avec effet immédiat), mais ce dernier ne comprend aucune disposition qui restaure le même principe au niveau de la loi AMI pour la nouvelle loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

8. L'entrée en vigueur échelonnée (art. 35 §1)

La loi actuelle (15 mai 2007) reste toujours suspendue jusqu'à une date à fixer par le Roi.

Le nouveau projet abroge la loi de 2007 (art. 33). Les dispositions des art. 35, 1, 6, 7, 9, 10 et 33 du projet entrent en vigueur 10 jours après la publication au Moniteur et s'appliquent aux dommages résultant d'un fait postérieur à cette publication. Par contre, les autres articles entrent en vigueur à une date fixée par le Roi : il n'est pas dit que cela doit se faire « en bloc ». Comme il s'agit d'une matière politiquement « sensible », il est donc possible que le Roi prenne ces dispositions pour certains articles et ne le fasse peut-être pas pour d'autres..., ou encore, que certaines dispositions subissent dans l'intervalle des adaptations...

Après 19 ans de palabres inutiles sur la responsabilité « sans faute », on voit finalement ce à quoi les mutuelles veulent arriver.

9. Le mot « responsable », qui l'assume ?

Le mot « responsable » figure à profusion dans toute la législation et la masse de mesures d'exécution normatives ou autres, sur les hôpitaux et sur les soins de santé. Il faudra des années de réflexion sur la portée exacte de toutes ces « responsabilités » par rapport au concept de responsabilité que prendra en compte le Fonds. A commencer par la « responsabilité générale et finale pour l'activité hospitalière » du gestionnaire (art. 16 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 10 juillet 2008).

Face à cette responsabilité générale et finale, le praticien individuel est bien isolé dès qu'il s'agit de désigner un responsable, alors qu'il est couvert par un assureur dans le cadre d'une police globale conclue avec l'hôpital. De toute manière, déjà actuellement, dans le cadre des procédures de médiation, le ou les expert(s) de l'assureur ont parfois une oreille plus sensible à l'égard de celui qui verse la prime globale qu'à l'égard du ou des praticiens impliqués dans les soins au patient.

² Pour rappel : **loi du 6 août 1990** sur les mutuelles et les unions des mutualités :

« Art. 39. § 1. Les mutualités et les unions nationales peuvent, avec l'accord des membres concernés ou des personnes à leur charge, ester en justice pour défendre les intérêts de ces personnes à l'égard de tiers dans le cadre des services (...) prévus aux articles 3, b) et c), et 7, §§ 2 et 4. <L 2000-08-12/62, art. 149, 1°, 006; En vigueur : 10-09-2000>.

Les mutualités et les unions nationales peuvent ester en justice pour défendre les droits individuels de leurs membres, moyennant l'accord explicite du membre concerné ou des personnes à sa charge, ou les droits collectifs de leurs membres et des personnes à leur charge, qui résultent (des conventions et accords visés au titre III, chapitre V, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée), ainsi que de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier. <L 2000-08-12/62, art. 149, 2°, 006; En vigueur : 10-09-2000>

§ 2. L'action des mutualités et des unions nationales ne porte pas préjudice aux droits des membres et des personnes à leur charge d'introduire eux-mêmes l'action ou d'intervenir dans le litige. »

« Art. 40. Les mutualités et les unions nationales qui, dans le cadre de leurs services visés à l'article 3, b), ou 7, § 2, ont accordé à leurs membres et aux personnes à leur charge des indemnités ou des interventions, sont subrogées, à concurrence du montant de ces prestations, dans tous les droits que les membres et les personnes à leur charge peuvent faire valoir à l'égard de tiers pour les dommages occasionnés. »

³ Exceptions : faute intentionnelle ou faute lourde du prestataire de soins

10. Qui assure ? Et qui assure la sécurité?

Autre conséquence très probable: face aux problèmes des coûts de l'assurance (voir sous 2 ci-dessus), les assureurs vont être contraints d'incorporer des exclusions dans les contrats -et même pas nécessairement des fautes lourdes- sur base de leurs statistiques des sinistres. En outre ils voudront imposer des conditions de sécurité dans le cadre de la gestion des risques.

Or, depuis plusieurs années, il existe au SPF Santé publique un Conseil stratégique "Patient Safety" qui travaille à l'élaboration d'un système d'enregistrement d'événements indésirables en vue de la prévention et de l'amélioration de procédures internes de sécurité (banque de données). Les hôpitaux y collaborent (engagement par signature d'un contrat "Qualité et Sécurité du patient" en 2008 et 2009). Ce groupe de travail avait préparé une proposition de projet de loi visant à ajouter un article 17 §1 à la loi sur les hôpitaux, inspiré d'une Directive du Conseil Européen du 9 juin 2009, visant à instaurer un système d'enregistrement interne d'événements indésirables en vue de mieux assurer la sécurité des patients, en précisant que les éléments de cette banque de données ne pouvaient pas constituer un motif de reconnaissance d'une responsabilité.

Les juristes du cabinet ont formellement refusé ce projet, alors que le contrat "Qualité et Sécurité du patient" 2010 était en préparation. In concreto, cela veut dire que les événements indésirables enregistrés dans le cadre des contrats 2008 et 2009 non seulement ne comportent aucune protection juridique en tant que source possible de faits générateurs des années concernées, mais qu'en outre la continuation du système devient impossible dès que le projet de loi est entré en vigueur, le Fonds ayant la capacité d'exiger toutes informations à toute personne capable de les fournir. « Toute personne », y compris l'assureur? Si l'assuré ne peut plus dialoguer librement avec son assureur, comment peut-il encore être assuré?

11. Le « bon sens » douteux des définitions

Chapitre 1 Art. 2 : définitions

2° « praticien professionnel » : « le praticien visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ainsi que le praticien professionnel ayant une **pratique non conventionnelle**, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales ;

On se trouve donc dans une situation où les erreurs d'un **psychologue clinique** (hors A.R.78 et hors pratiques non conventionnelles) ne sont pas imputables à celui-ci... si ce n'est que sur le dos du psychiatre « responsable » du service (?), ou sur le dos de son employeur-gestionnaire hospitalier (?).

Par contre les dommages résultant de **pratiques non conventionnelles** (PNC) sont prises en compte alors que l'art. 3§2 exclue formellement

1° les dommages résultant d'une expérimentation au sens de la loi du 7 mai 2004

2° les dommages de prestations dans un but esthétique.

On ne comprend pas très bien la logique du point 2°: qu'y a-t-il de plus expérimental que les pratiques non conventionnelles (PNC) et comment se fait-il que le raisonnement de l'exposé des motifs au sujet des prestations à « but esthétique » ne s'applique pas aux PNC ?:

Exp. Mot. P.8: « ...*En effet, il n'apparaît pas opportun de mettre à charge de la solidarité nationale l'indemnisation de prestations qui relèvent de la pure convenance pour le patient. Le critère sera dès lors le remboursement éventuel de la prestation par l'assurance maladie invalidité.* »

Ce raisonnement aurait dû être poursuivi jusqu'au bout, notamment quant à la notion de « *l'état actuel de la science* » (point 7° de l'article): il n'est pas logique non plus de vouloir imputer au prestataire individuel ce que la solidarité (l'AMI) refuse de couvrir dans le cadre de l'assurance soins de santé.

Enfin, que deviennent les dommages causés par encore **d'autres professionnels** (hors AR 78 et hors PNC) tels que les **opticiens** et les **fournisseurs d'implants** fonctionnant dans le cadre de l'Assurance Soins de Santé ? L'implant engagerait-il la responsabilité exclusive de l'implanteur ? Puisque le patient voudra se faire indemniser par le Fonds, celui-ci (l'Etat) va-t-il donc financer tous les dommages qui relèvent de la responsabilité d'un producteur/fournisseur, en passant soit par l' « accident médical sans responsabilité » (du pharmacien hospitalier ou du chirurgien), soit par « un fait engageant la responsabilité d'un prestataire » (qui devra en outre subir une longue procédure judiciaire pour prouver le contraire) ? Le Fonds ne pourra cependant pas se retourner contre le producteur/fournisseur ou l'assureur de celui-ci, compte tenu des lacunes dans la définition des « praticiens professionnels ».

Définition point 7° : « **accident médical sans responsabilité** » : accident lié à une prestation

-qui n'engage pas la responsabilité du prestataire de soins

-qui ne résulte pas de l'état du patient

-qui entraîne pour le patient un dommage anormal = qui n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état de la science, de l'état du patient et de l'évolution objectivement prévisible

Mais, in fine : ne constitue pas un accident médical sans responsabilité : **l'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic**. Ils engagent donc la responsabilité du praticien. A quoi sert alors le consentement éclairé ? Plus le praticien met le patient en garde pour certains risques, plus il s'enfonce dans les problèmes de responsabilité si un de ces risques survient.

Point 9° : définition « **organisme assureur** » : les mutualités et les unions nationales de mutualités au sens de la loi du 6-08-1990.

On peut se demander pourquoi il faut définir cette notion ? On ne le fait pas pour les autres catégories représentées au Conseil d'administration du Fonds. Par contre on fait bien référence à la loi sur les mutuelles qui définit de manière circonstanciée le pouvoir de subrogation des O.A. (cf. note en bas de p. 5).

N.B. : le projet de loi abroge la loi du 15 mai 2007! Donc le dernier alinéa de l'article 136§2 de la loi du 14-07-1994 disparaît.

Pour rappel : art. 195 §2 de la loi SSI du 14-07-1994 :

§ 2. (c) Dans les conditions et selon les modalités déterminées par le Roi, les frais d'administration sont majorés **de minimum 8 p.c. et maximum 20 p.c. des sommes récupérées en application de l'article 136, § 2** et de l'article 164, pour autant que dans ce dernier cas, le paiement indûment effectué ne résulte pas d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'organisme assureur.

Lors de la fixation de ces pourcentages, il peut être tenu compte d'une part, de la somme des montants récupérés et d'autre part, du montant total des prestations remboursées par l'organisme assureur.

Les frais d'administration sont majorés, (jusqu'au 31 décembre 1993), du montant des intérêts moratoires et compensatoires non-judiciaires obtenus sur les sommes récupérées en application des articles 136, § 2, et 164. <L 1999-01-25/32, art. 136, 038; En vigueur : 16-02-1999>

(Les frais d'administration sont majorés du montant des redevances visées à l'article 191, 24°; ils sont intégralement à charge (du secteur des soins de santé).) L 1999-01-25/32, art. 134, 038; En vigueur : 16-02-1999> <L 2007-03-26/37, art. 31, 131; En vigueur : 01-01-2008>

N.B. : l'art. 25 §4 du projet prévoit que le Fonds déduit de son offre les indemnités auxquelles le demandeur a droit en vertu d'un contrat d'assurance à caractère indemnitaire ou en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sur l'assurance obligatoire soins de santé.

On suppose pouvoir en déduire qu'à côté de la subrogation du Fonds, le droit de subrogation des O.A. subsiste ?

Pour rappel, seuls les articles instituant le Fonds et abrogeant la loi du 15 mai 2007 entrent d'emblée en vigueur. Le reste suivra après, dans la forme projetée ou modifiée plus tard.

Peut-être ce projet sera camouflé dans un projet de loi-programme-fleuve. Les parlementaires n'y verront que du feu et voteront, majorité contre minorité, les yeux fermés : la catastrophe.

Celui qui, un jour, a inventé l'idée de « responsabilité sans faute » ...

Dr Marc MOENS
Secrétaire général

Dr Jean-Luc DEMEERE
Président

RÉMUNÉRER LES PRESTATAIRES DE SOINS EN FONCTION DE LA QUALITÉ DES SOINS: UN PRINCIPE APPLICABLE EN BELGIQUE, SOUS CONDITIONS

Communiqué de presse du KCE (16/11/2009)

La nécessité de maîtriser le coût des soins de santé est de plus en plus criante. En même temps, on attend que ces soins soient de très haute qualité. Rémunérer les prestataires de soins non plus seulement en fonction de la quantité de soins donnés mais aussi en fonction de leur qualité (P4Q -Pay for Quality) permettrait peut-être de rencontrer simultanément ces deux exigences. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), en collaboration avec l'UGent, la KULeuven, l'ULg et l'UA, a étudié les leçons pouvant être tirées des expériences menées dans ce domaine à l'étranger. Cette étude révèle que la majorité des programmes P4Q ont un effet variable et globalement positif sur la qualité des soins, et ne présentent presque pas d'effets négatifs. Toutefois, pour que le concept P4Q soit applicable en Belgique, plusieurs conditions doivent être remplies.

Exemples de l'étranger

Les États-Unis et le Royaume-Uni possèdent une grande expérience de Pay for Quality. P4Q s'applique essentiellement aux soins préventifs (tels que le dépistage) et aux traitements de maladies chroniques (telles que le diabète). Les initiatives portant sur les soins aigus se concentrent essentiellement sur l'infarctus du myocarde et la pneumonie. Au Royaume-Uni, les médecins généralistes voient leur salaire augmenter lorsqu'ils atteignent un certain niveau de qualité. Jusqu'à 25% de leurs revenus peuvent ainsi dépendre du programme P4Q. Aux États-Unis, l'incitant est limité à 12% des revenus et est souvent réservé aux prestataires de soins qui atteignent les meilleurs résultats.

L'application du P4Q influence-t-elle favorablement la qualité des soins?

Les résultats varient notablement selon les programmes, mais la majorité d'entre eux ont un effet légèrement positif sur la qualité des soins. On n'observe en revanche que de rares effets négatifs, tels que l'exclusion des patients qui peuvent avoir un influence négative sur le résultat. Un des effets secondaires positif de P4Q est que la différence de qualité entre les prestataires se réduit. P4Q semble également avoir des effets positifs sur les coûts, mais cet impact n'est pas étayé par un nombre suffisant d'études.

La situation actuelle en Belgique: pas encore de véritable P4Q

Sur les 14 initiatives de promotion de la qualité étudiées, seules quelques-unes prévoient un incitant financier. Il n'existe qu'un seul véritable projet P4Q – une initiative pilote de prévention du cancer du sein – dans lequel la qualité est concrètement associée à un avantage financier. La situation actuelle n'empêche bien évidemment pas que d'autres initiatives puissent évoluer vers le P4Q.

Faut-il introduire plus de P4Q en Belgique ?

Les initiatives permettant d'améliorer la qualité des soins sont nombreuses et variées. Le KCE en a déjà étudié plusieurs (voir notamment les rapports 41 et 76). Il ne lui appartient pas de se prononcer sur le choix entre ces initiatives et notamment sur la pertinence de la mise en œuvre d'un programme P4Q en Belgique. Si des décisions devaient être prises en ce sens, il serait bon de tenir compte des enseignements des expériences faites dans d'autres pays.

Le KCE recommande notamment une mise en œuvre progressive testée préalablement grâce à des programmes pilotes. La qualité devrait être évaluée sur base d'indicateurs scientifiquement fondés. Il est indispensable que la valeur de ces indicateurs soit calculée à partir de données précises et validées, ce qui entraîne de nécessaires investissements dans un outil informatique et dans un système d'audit. Le KCE recommande en outre de récompenser tous les prestataires de soins qui remplissent les critères de qualité, et pas seulement ceux qui obtiennent les meilleurs résultats. Enfin, il faut mettre en place les instruments capables de mesurer les impacts tant positifs que négatifs de la réforme sur la qualité des soins ainsi que son rapport coût-efficacité. Ces résultats doivent être communiqués aux participants.

Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : <http://kce.fgov.be> (rubrique « publications ») sous la référence KCE reports vol. 118B.

NOMENCLATURE : ARTICLES 1^{er} (généralités), 22 & 23 (physiothérapie)

(en vigueur à partir du 01.12.2009)

27 SEPTEMBRE 2009. - Arrêté royal modifiant les articles 1er, § 4bis, 22 et 23, 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 20.10.2009)

Article 1er. A l'article 1er, § 4bis, II., 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 A.,

a) le point suivant est inséré après le point j) :

« k) la prestation 558773 - 558784 (manipulations vertébrales) reprise à l'article 22, II, a), 1°, et la prestation 558950 - 558961 (examen d'admission) reprise à l'article 22, II, a), 2°. »;

b) à l'alinéa 2, du point j), les mots « en compagnie de collaborateurs qualifiés » seront remplacés par les mots « en présence d'auxiliaires qualifiés »;

2° au B., 1., le point c) est supprimé;

3° au B., 2., le point g) est remplacé comme suit :

« g) les traitements PUVA et les prestations de l'article 22, II, a), 2°, et b), à l'exception des prestations 558773 - 558784 et 558950 - 558961; »;

Art. 2. A l'article 22 de l'annexe au même arrêté, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° le titre « SECTION 10. - Physiothérapie » est remplacé par le titre « SECTION 10. - Médecine physique et réadaptation. »;

2° au I.,

a) dans la règle d'application qui suit la prestation 558611 - 558622, les mots « ; les prestations nos 558530 - 558541 à 558574 - 558585 ne sont pas cumulables avec les prestations thérapeutiques. » sont supprimés;

b) le libellé et la valeur relative de la prestation 558935 - 558946 sont remplacés comme suit :

« Evaluation cinésiologique par enregistrement conjoint des variables cinématique, dynamique et E.M.G. des membres inférieurs lors de la marche K 280 »;

c) la prestation suivante est insérée après la prestation 558935 - 558946 :

« 558051 - 558062

Evaluation cinésiologique par enregistrement vidéo standardisé en trois plans anatomiques (plan sagittal, frontal et transversal) réalisée à l'aide d'échelles validées et exécutée dans un environnement de recherche médico-technique dans lequel l'ensemble de l'évaluation cinésiologique définie par la prestation 558935 - 558946 est possible, mais dans lequel l'ensemble de cette évaluation n'est pas possible pour des raisons biotechniques K 140 »;

d) la première règle d'application qui suit la prestation 558935 - 558946 est remplacée comme suit :

« Les prestations 558935 - 558946 et 558051 - 558062 ne sont remboursables que si elles sont prescrites par un médecin spécialiste en chirurgie ou en pédiatrie chez un enfant souffrant d'une infirmité motrice cérébrale en vue d'une intervention chirurgicale orthopédique correctrice ou d'une intervention neurochirurgicale ou, dans les centres ayant conclu une convention visée à l'article 23, § 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, pour un traitement au moyen de toxine botulique A. »;

e) la deuxième règle d'application qui suit la prestation 558935 - 558946 est remplacée comme suit :

« Seule une des prestations 558935 - 558946 ou 558051 - 558062 peut être portée en compte et ce une seule fois, sauf après une intervention orthopédique ou neurochirurgicale correctrice ou après un traitement au moyen de toxine botulique A où une des prestations peut être portée en compte au maximum une fois par année civile. »;

f) la troisième règle d'application qui suit la prestation 558935 - 558946 est supprimée;

3° au II.,

a) les intitulés suivants sont insérés avant l'intitulé « II. a) 1° Prestations thérapeutiques » :

« II. Prestations thérapeutiques, prestations de rééducation et traitements de rééducation

a) Prestations thérapeutiques et prestations de rééducation »;

b) l'intitulé « II. a) 1° Prestations thérapeutiques » est remplacé par l'intitulé « 1° Prestations thérapeutiques »;

c) la prestation 558736 - 558740 est supprimée;

d) la prestation 558456 - 558460 est supprimée;

e) les prestations et la règle d'application suivantes sont insérées après le titre « b) Traitements de rééducation » :

« 558095 - 558106

Rééducation monodisciplinaire complexe pour un lymphoedème post-chirurgical ou post-radiothérapeutique d'un membre, sur prescription du médecin spécialiste traitant K 30

558132 - 558143

Rééducation du plancher pelvien monodisciplinaire complexe pour incontinence urinaire ou fécale apparue de manière aiguë, sur prescription du médecin spécialiste traitant K 30

Cette prestation peut également être attestée, sans prescription du médecin spécialiste traitant, par le médecin spécialiste en rééducation urologique, agréé par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions. ».

Art. 3. A l'article 23 de l'annexe au même arrêté, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 1er est remplacé comme suit :

« § 1er. Les prestations de l'article 22, I, ne peuvent pas être cumulées le même jour avec les prestations de l'article 22, II.

Par jour, une seule prestation de l'article 22, II, peut être portée en compte, à l'exception de la prestation 558950 - 558961 comme stipulé dans la troisième règle d'application suivant cette prestation.

Les prestations de l'article 22, II, ne peuvent pas être cumulées le même jour avec des prestations de kinésithérapie. »;

2° le § 2 est remplacé comme suit :

« § 2. Les prestations thérapeutiques (art. 22, II, a), 1°), prestations de rééducation (art. 22, II, a), 2°) ou traitements de rééducation (art. 22, II, b),) ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires pour consultation par des médecins spécialistes qui ont accès à ces prestations visées, sauf dans les cas suivants :

1. lors de l'exécution de la prestation 558773 - 558784,

2. lors de l'exécution de la prestation 558950 - 558961,

3. lors de la première prestation 558795 - 558806 ou 558434-558445, lorsque cette consultation est attestée pour la réalisation d'un plan de traitement individualisé en fonction de l'affection,

4. dans le cadre de la consultation d'évaluation à la suite d'une série de prestations 558390, 558423 ou 558434 - 558445,

5. dans le cadre de la consultation d'évaluation à la suite d'une série de prestations 558795 - 558806 si celle-ci n'est pas poursuivie par une série 558390. »;

3° au § 3,

a) le deuxième alinéa est remplacé comme suit :

« La prestation 558633 - 558644 peut également être remboursée si elle est portée en compte par un médecin spécialiste en chirurgie générale ou par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique. »;

b) les alinéas suivants sont insérés après le deuxième alinéa :

« La prestation 558773 - 558784 peut également être remboursée si elle est attestée par un médecin, spécialiste en chirurgie orthopédique ou en rhumatologie.

Les prestations 558795 - 558806, 558390 et 558423 peuvent être attestées comme prestations connexes par le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en rhumatologie.

Les prestations diagnostiques de l'article 22, I, peuvent être attestées par le médecin spécialiste en rhumatologie. »;

4° au § 5, le deuxième alinéa est remplacé comme suit :

« Lors de l'exécution des prestations n°s 558810 - 558821, 558014 - 558025 et 558832 - 558843, le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation ou en rééducation fonctionnelle et professionnelle doit personnellement rendre compte de l'évolution des traitements au moyen d'un plan de traitement individualisé, d'une réunion hebdomadaire avec l'équipe de traitement dont un rapport est inscrit dans le dossier de rééducation, et d'un suivi régulier du patient adapté à ses besoins. »;

5° au § 6,

a) à l'alinéa premier, sont apportées les modifications suivantes :

- le numéro d'ordre 558456 - 558460 est supprimé;

- les numéros d'ordre 558095 - 558106 et 558132 - 558143 sont insérés après le numéro d'ordre 558434 - 558445;
- les mots « Temps plein doit être compris ici comme « équivalent temps plein ». Lors de l'exécution du traitement de rééducation, les deux disciplines sont présentes en permanence pendant toute la durée des travaux. Les patients doivent toujours être accompagnés lors de l'exécution de leurs programmes de rééducation individuels. » sont insérés entre les mots « les disciplines kinésithérapie et ergothérapie. » et « Le service peut, »;

b) la disposition suivante est insérée entre les deux premiers alinéas :

« Pour le médecin coordinateur, des restrictions supplémentaires sont imposées : il ne peut exercer cette fonction que dans un centre de rééducation fonctionnelle d'un hôpital et ne peut être associé qu'à ce même hôpital. Cette fonction peut être assurée par deux médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation à temps partiel maximum, qui sont chacun associés à un seul hôpital. »;

c) à l'ancien alinéa 3, qui devient l'alinéa 4, le numéro d'ordre 558456 - 558460 est remplacé par les numéros d'ordre « 558095 - 558106, 558132 - 558143 »;

d) l'ancien alinéa 4, qui devient l'alinéa 5, est remplacé comme suit :

« Les prestations 558095 - 558106 et 558132 - 558143 peuvent être portées en compte au maximum 60 fois, et ce sur une durée maximale de six mois. »;

6° au § 8, deuxième alinéa, les mots « maximum deux par semaine, » sont insérés entre les mots « prestations, » et « pendant »;

7° le § 10 est supprimé;

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.

**NOMENCLATURE : ARTICLE 24bis
(biologie clinique)
(en vigueur à partir du 01.12.2009)**

2 OCTOBRE 2009- Arrêté royal modifiant l'article 24bis 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 20.10.2009)

Article 1er. Au paragraphe 1er de l'article 24bis 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, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° les deux conditions de remboursement de la prestation 556732-556743 sont abrogées;

2° la règle d'application suivante est insérée après la prestation 556732-556743 :

« La prestation 556732-556743 ne peut être portée en compte à l'AMI que 4 fois par période de traitement médicamenteux, pour autant que cela soit justifié dans le contexte du suivi du traitement. »

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.

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Articles 3, § 1er, 18, § 2, 24, § 1er et 33bis (Biologie clinique) : A.R. du 31.08.2009 (M.B. du 28.10.2009 – p. 69879) – **ERRATUM**

Article 6 (prestations dentaires) : A.R. du 22.10.2009 (M.B. du 30.10.2009 – p. 70706)

Articles 28, § 1er & 35 (ophtalmologie & neurochirurgie) : A.R. du 20.09.2009 (M.B. du 09.10.2009 – p. 67216)

Article 28, § 8 (aides à la mobilité) : A.R. du 27.09.2009 (M.B. du 05.10.2009 – p. 65878)

Article 35 (oto-rhino-laryngologie) : A.R. du 14.05.2009 (M.B. du 26.10.2009 – p. 69601) – **ERRATUM**

Article 35bis (chirurgie thoracique et cardiologie) : A.R. du 20.09.2009 (M.B. du 09.10.2009 – p. 67217)

Les textes complets sont disponibles sur le website et peuvent également être obtenus sur simple demande au Secrétariat.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

32^e journée informelle du Service d'Orthopédie d'Etterbeek-Ixelles (HIS)

VARIA PIED & PROTHESE DE CHEVILLE

Samedi 5/12/2009 de 08h30 à 13h00 – 1070 Bruxelles

Inscription obligatoire – Nombre de places limité – Accréditation demandée

Pour de plus amples informations : Secrétariat scientifique, Maryse Jamouille, tél. 02/641.47.71, fax 02/647.54.87, courriel: orthopedieixelles@skynet.be

PROGRAMME PROVISOIRE

**GBS
SYMPOSIUM
"Plus et Mieux avec Moins ?"
06.02.2010**

08.30-08.50	Accueil	
08.50-09.00	A votre santé!	Dr J.L. DEMEERE, Président GBS
09.00-09.25	Implants	UNAMEC
09.25-09.50	Les médicaments utilisés rationnellement sont bon marché	Prof. Dr. L. NEELS Directeur Général Pharma.be
09.50-10.15	Le rôle de l'économie de la santé lors de l'introduction de nouvelles technologies	Prof. Dr. L. ANNEMANS Université Gent
10.15-10.30	Pause-café	
10.30-10.55	Besoin d'efficacité dans les soins de santé belges	Dr. R. VAN DEN OEVER MC
10.55-11.20	Plus et Mieux avec Moins: Le Rêve et ses Limites	Dr. F. MATTHYS Vice-Présidente GBS
11.20-11.50	Politique de santé actuelle	Dr M. MOENS, GBS et ABSyM
11.50-12.30	Discussion	

Lieu

Bibliothèque Royale de Belgique
Boulevard de l'Empereur 2 – 1000 Bruxelles

Renseignements et inscriptions

Secrétariat GBS
Delphine Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 – 1050 Bruxelles
Tel.: 02/ 649 21 47 Fax: 02/649 26 90

Accréditation demandée en Ethique & Economie



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

N° INAMI: **Adresse:**

Nom: **Code postal:**

Prénom: **Localité:**

Spécialité: **E-mail:**

Je participerai au symposium du 06.02.2010 et verse la somme de :

	<u>Avant le 15.01.2010</u>	<u>A partir du 15.01.2010</u>
Membres	<input type="radio"/> 25 €	<input type="radio"/> 35 €
Non-membres	<input type="radio"/> 50 €	<input type="radio"/> 60 €
Candidats-spécialistes	<input type="radio"/> 5 €	<input type="radio"/> 10 €

Inscription sur place 80 €

sur le compte 068-2095711-53 du GBS
avec mention du nom du participant et du symposium : "Plus et Mieux avec Moins ?"

Date / Signature :

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.
- 09068 **NOUVEAUX CABINETS PLATEAU TECHNIQUE COMPLET** avec gestion des honoraires, prêts pour le 01/12/2009. Centre Médical situé rue du Muguet 14, 7850 Enghien (30 km de Bruxelles). Pas de frais de location, perception centrale TP et rétrocession individuelle. Consultations possibles jusque 21 h. Forte demande de la population (démographie explosive). Honoraires libres pour les médecins non conventionnés. Excellente opportunité pour médecins voulant compléter ou augmenter leur activité. Site Web : www.medihelp.be – Adresse mail : team@medihelp.be
- 09074 **CH TUBIZE-NIVELLES** engage un **INTENSIVISTE** temps plein. Conditions très attractives. Candidature et CV : Dr S. Bartholomé, Directeur médical, Rue Samiette 1 à 1400 Nivelles – 067/885.213 – sebastien.bartholome@entitejolimontoise.be
- 09082 **BRUXELLES** : Pour collègue installé ou désirant s'installer à Bruxelles, à remettre fin 2009, **CABINET DENTAIRE**, patientèle agréable et fidèle, prix réalistes, diverses modalités possibles. Tél. le soir au 02/657.97.49.
- 09090 **VIRTON** : Les Cliniques du Sud Luxembourg (plus grosse maternité de la Province, 9 gynécologues) recrutent **DEUX MÉDECINS SPÉCIALISTES GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS (H/F)** ayant une pratique obstétricale et chirurgicale. Sectorisation à développer. Les candidatures devront être adressées au chef de service, le Dr Alain Claudot, rue des Combattants 17, à 6760 Virton, dr.claudot@skynet.be, 063/58.80.70.
- 09091 **BRUXELLES** : Centre médical nord de Bruxelles recherche **GYNÉCOLOGUE (h/f)**. Pour compléter l'équipe. Prière de tél. au 02/267.97.78. Contact : Mme Florence Lopez. E-mail : cmsmutsaert@skynet.be
- 09100 **AGGLOMÉRATION LILLOISE (FRANCE) : MÉDECIN RADIOLOGUE** cherche successeur dans groupe de 3 radiologues. Parts dans Scanner et I.R.M. Tél. à partir de Belgique : 00.33.3.20.01.53.12.
- 09109 **SOIGNIES** : CHR Haute Senne Soignies recrute, pour le service des urgences, **MÉDECIN SMA**. Envoyer candidature : alain.juvenois@chrhautesenne.be ou tél. 067/348.789.
- 09110 **BERTRIX** : Le C.H.P. de Bertrix «La Clairière» cherche **DEUX PSYCHIATRES**. Contact : Prof. Henri Boon – tél. : 0499/578.374 – h.boon@province.luxembourg.be
- *09111 **A CÉDER** robuste table d'examen Maquet, confortable spécialement pour examens cliniques, ECG, kinésithérapie, etc. Piètement acier tubulaire couleur crème, hauteur lit 75 cm, tête inclinable de 0° à 90°, garniture synthétique rembourrée, douce, robuste, facile à nettoyer (savon, spray), couleur noire (excellent état), dérouleur pour rouleaux papier jetable standard 60 cm. Dimensions (cm) : l 80 x h 75 cm x L 190 cm (dont lit plat 140 cm et tête inclinable 50 cm). Disponible immédiatement. Faire offre tél. 02/524.19.33 ou e-mail pabecq@base.be.
- 09112 **A LOUVIERE** : important cabinet privé de **PÉDIATRIE** (avec maison) à remettre. Contact docteur Lebacq 064/23.90.00.
- 09113 **BRUSSELS** Quality Medicals (Centre Colignon, Centre Remi, Centre Bienfaiteurs) souhaite s'adjoindre, pour les différents centres, la collaboration de praticiens supplémentaires pour les spécialités suivantes : **PÉDIATRIE, ORTHOPÉDIE, PNEUMOLOGIE, GYNÉCOLOGIE, DERMATOLOGIE**. Merci de prendre contact au 0477/75.36.48, Madame Pascale Senny, psenny@skynet.be pour toute information complémentaire.
- 09115 **LIEGE** : Le CHC recherche **MEDECIN ORTHOPÉDISTE** pour le service d'orthopédie des cliniques Saint-Joseph - CHC (Saint-Joseph, Espérance, Notre-Dame Waremmes et Notre-Dame Hermalle). Profil de la fonction : mission à temps plein, au sein d'une équipe de 11 orthopédistes, engagement immédiat. Vous êtes intéressé(e)? Veuillez adresser votre candidature manuscrite, accompagnée d'un CV détaillé, sous la référence [958-10.09] au Dr Jean-Marie Bertrand, Directeur médical adjoint, CHC-Clinique Saint-Joseph, rue de Hesbaye 75 à 4000 Liège.
- 09116 **FRANCE** : A céder rapidement cabinet **GYNÉCOLOGIE** créé en 1983, pas de garde, CA supérieur à 200.000 euros. Bourgogne, à 1 h 20 de Paris en train. Tél. après 19 h : 00.33.6.20.37.64.85 ou joindre par mail : clauda.morange@aliceadsl.fr
- 09117 **BRUXELLES** : Le Centre Hospitalier Universitaire Brugmann recrute : **MEDECIN RESIDENT AU DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE-CLINIQUE DE GERIATRIE (H/F) – 9 à 11/11^e** (Réf. : RH/ED – N° 12-09C septembre 2009). **PROFIL ET MISSIONS** : • Etre spécialiste en gériatrie • Exercer son activité sur les sites Horta et Brien selon les besoins de la clinique, sous l'autorité du chef de clinique • Gestion des malades d'une salle de 24 à 30 lits, superviser et former les médecins postgradués et/ou généralistes de son unité et participer à leur remplacement en cas de besoin • Participer aux consultations et aux avis dans d'autres unités de l'hôpital et à la continuité des soins sur le site auquel il est affecté • Veiller à la bonne marche des enseignements locaux et veiller à ce que l'encadrement des médecins en voie de formation soit assuré dans toutes les disciplines • Faire preuve d'une personnalité ouverte, dynamique, avec un sens de l'initiative et du travail multidisciplinaire. **DELAJ** : aucune date de clôture. **VOUS ETES INTERESSE(E) ?** Nous vous invitons à consulter le site internet www.chu-brugmann.be afin d'obtenir de plus amples informations (rubrique 'Dernière minute', 'Vacances d'emploi'). Pour introduire votre candidature, merci de bien vouloir adresser votre lettre de motivation et votre CV au Directeur Général, Nicolas Bodson - CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles.
- 09118 **BRUXELLES** : Le Centre Hospitalier Universitaire Brugmann recrute : **CHEF DE CLINIQUE ADJOINT MEDECINE INTERNE – CLINIQUE DE GERIATRIE (H/F) – de 9 à 11/11^e** (Réf. : RH/MA – N° 02c/2009 – Réouverture – juin 2009). **PROFIL** • Être reconnu spécialiste en Gériatrie • Faire preuve d'une personnalité ouverte, dynamique, avec un sens de l'initiative et du travail multidisciplinaire. **MISSION** • Exercer son activité sur les sites Horta ou Brien du CHU Brugmann selon les besoins de la Clinique, sous l'autorité du Chef de Clinique • Assurer la gestion des malades de 60 lits de Gériatrie en première ligne en collaboration et co-gestion avec ses collègues spécialistes • Participer aux consultations et aux avis dans d'autres unités de l'hôpital • Participer à la continuité des soins tant sur le site auquel il est affecté ainsi que sur d'autres sites du CHU Brugmann • Superviser et participer aux enseignements locaux. **DELAJ** : pas de date de clôture. **VOUS ETES INTERESSE(E) ?** • Nous vous invitons à consulter le site internet www.chu-brugmann.be afin d'obtenir de plus amples informations. Pour introduire votre candidature, merci de bien vouloir adresser votre lettre de motivation et votre CV à Monsieur Nicolas Bodson, Directeur Général - CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles.
- 09122 **AUVELAIS** : CHRVS Auvélais, 330 lits, recherche des **SMA – SMU POUR SON SERVICE DES URGENCES - SMUR**. Vacations, rémunérations intéressantes. Pour renseignements et conditions : Dr Janssens, Directeur Médical. 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
- 09123 **BRUXELLES** : Le service de pédopsychiatrie de la Clinique Saint-Jean recherche un(e) **PSYCHIATRE INFANTO-JUVENILE (M/F)**. Mandat: durée indéterminée; 12 à 20 h/semaine. Fonction: responsable de l'unité enfants-parents et/ou de liaison. Profil: • Intérêt pour la clinique périnatale et la thérapie institutionnelle en milieu hospitalier; • Formation en psychothérapie; • Sens de la communication, capacité d'écoute et de travail en équipe; • Capacité d'organisation et esprit d'initiative; • Ouverture vers des questions ayant trait aux enjeux de la diversité culturelle en milieu hospitalier. Candidature et CV sont à envoyer au Dr K. Odr, Service de pédopsychiatrie, Clinique Saint-Jean, Bd du Jardin Botanique 32, 1000 Bruxelles. Contact également possible par téléphone (02/221.99.24) ou courrier électronique (kodr@clstjean.be).

- 09124 **BRUXELLES** : La Clinique Ste-Anne St-Remi cherche un médecin **UROLOGUE** 8/10^e et dont les activités privées ou de polycliniques se situeraient dans l'interland de la clinique. Les candidatures sont à adresser au Dr J.-J. ROMBOUITS, directeur médical, bd Graindor 66 à 1070 Bruxelles, e-mail jean-jacques.rombouts@tristare.be, tél. 02/556.57.24.
- 09125 **LA LOUVIERE** : important cabinet privé de **PEDIATRIE** (avec maison) à remettre. Contact Dr Lebacq 064/23.90.00.
- 09126 **CARPENTRAS (PROVENCE – FRANCE)** : Cherche remplaçant **PEDIATRE** dans une maternité publique de niveau 1 (1200 accouchements/an) pour une durée de 12 à 15 mois à partir de mars 2010. Activité mixte hôpital/cabinet en ville possible. Bonne qualité de vie. Contactez jo.legein@wanadoo.fr
- 09131 **RADIOLOGUE** cherche activité temps partiel. Horaire à convenir. Tél. : 0476/89.64.00.
- 09132 **CHRVS AUVELAIS**, 330 lits, recherche un **RADIOLOGUE** (H/F), 7/10^e . Renseignements et conditions : Dr P. VALENTIN, tél. : 071/26.52.11. Candidature et CV par courrier au Dr P. VALENTIN , Chef de Service, CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie 75, 5060 Sambreville ou par e-mail: patrick.valentin@mail.chrvs.be
- 09133 **CHRVS AUVELAIS**, 330 lits, recherche un **MEDECIN SPECIALISTE 6/10^e POUR SON SERVICE DE MEDECINE PHYSIQUE ET REVALIDATION** pour Service Sp (66 lits). Pour renseignements et conditions : Dr Janssens, Directeur Médical, 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
- 09134 **CHRVS AUVELAIS**, 330 lits, recherche un **MEDECIN SPECIALISTE TEMPS PLEIN POUR SON SERVICE D'ANESTHESIE**. Pour renseignements et conditions : Dr Janssens, Directeur Médical, 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

Table des matières

• Projet de loi relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé	1
• Rémunérer les prestataires de soins en fonction de la qualité des soins: un principe applicable en Belgique, sous conditions (Communiqué de presse du KCE – 16/11/2009)	6
• Nomenclature : articles 1er (généralités), 22 & 23 (physiothérapie)	7
• Nomenclature : article 24bis (biologie clinique)	9
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	9
• Réunions scientifiques	9
• Symposium GBS "Plus et Mieux avec Moins ?" 06.02.2010 (programme provisoire)	10
• Annonces	11

GARE AUX ARNAQUES !

Nous avons appris que des formulaires d'actualisation de vos données dans des guides de médecins circulent à nouveau.

Nous vous rappelons qu'il s'agit souvent d'arnaques. Il convient de lire ces formulaires très attentivement !

Au cas où vous auriez malheureusement déjà renvoyé le formulaire, ne payez surtout pas et adressez-vous au GBS pour obtenir une lettre standard à envoyer.