
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° 3 / AVRIL 2010

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

LOI RELATIVE A L'INDEMNISATION DES DOMMAGES RESULTANT DE SOINS DE SANTE (1)

31 MARS 2010. - Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (1) (M.B. du 02.04.2010)

CHAPITRE 1er. - *Dispositions préliminaires*

Section 1re. - Disposition générale

Article 1er. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Section 2. - Définitions et champ d'application

Art. 2. Pour l'exécution de la présente loi et de ses arrêtés d'exécution, on entend par :

1° « prestataire de soins » : un praticien professionnel ou une institution de soins de santé;

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 ayant une pratique non conventionnelle, 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;

3° « institution de soins de santé » : tout établissement dispensant des prestations de soins de santé et réglementé par la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, ainsi que l'hôpital géré par le Ministère de la Défense nationale et situé dans la Région de Bruxelles-Capitale, les établissements et centres de transfusion sanguine au sens de l'arrêté royal du 4 avril 1996 relatif au prélèvement, à la préparation, à la conservation et à la délivrance du sang et des dérivés du sang d'origine humaine, et les établissements visés par l'arrêté royal n° 143 du 30 décembre 1982 fixant les conditions auxquelles les laboratoires doivent répondre en vue de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour les prestations de biologie clinique;

4° « prestation de soins de santé » : services dispensés par un prestataire de soins en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé du patient ou de l'accompagner en fin de vie;

5° « patient » : la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non;

6° « dommage résultant de soins de santé » : un dommage qui trouve sa cause dans une prestation de soins de santé et qui découle :

a) soit d'un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins;

b) soit d'un accident médical sans responsabilité;

7° « accident médical sans responsabilité » : un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour le patient un dommage anormal. Le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait

pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité;

8° « assureur » : une entreprise d'assurances agréée en Belgique en application de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances ou dispensée de l'agrément en application de cette même loi;

9° « organisme assureur » : les mutualités et les unions nationales de mutualités au sens de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualité et aux unions nationales de mutualités;

10° « le Fonds » : le Fonds visé à l'article 6;

11° « le Ministre » : les Ministres qui ont dans leurs attributions la Santé publique et les Affaires sociales.

Art. 3. § 1er. La présente loi règle l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, sans préjudice du droit de la victime ou de ses ayants droit de réclamer, conformément aux règles du droit commun, l'indemnisation de son dommage devant les cours et tribunaux.

§ 2. Sont exclus du champ d'application de la présente loi, les dommages résultant :

1° d'une expérimentation au sens de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine;

2° d'une prestation de soins de santé accomplie dans un but esthétique non remboursable en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 3. La victime d'un dommage résultant de soins de santé ou ses ayants droit ne peuvent être indemnisés plusieurs fois pour ce même dommage en ayant recours cumulativement à la procédure devant le Fonds et à la voie judiciaire ou en ayant recours à cette procédure après avoir bénéficié d'une indemnisation amiable de ce dommage en dehors de toute procédure.

CHAPITRE 2. - *Conditions de l'indemnisation par le Fonds*

Art. 4. Le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun :

1° lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5;

2° lorsque le Fonds est d'avis ou qu'il est établi que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins, dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte par un contrat d'assurance;

3° lorsque le Fonds est d'avis que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins et que celui-ci ou son assureur conteste la responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5;

4° lorsque l'assureur couvrant la responsabilité du prestataire de soins qui a causé le dommage formule une offre d'indemnisation que le Fonds juge manifestement insuffisante.

Art. 5. Le dommage est suffisamment grave lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

1° le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %;

2° le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois;

3° le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient;

4° le patient est décédé.

CHAPITRE 3. - *Le Fonds des accidents médicaux*

Art. 6. Il est créé, sous le nom de « Fonds des accidents médicaux », un organisme public doté de la personnalité juridique, classé dans la catégorie B prévue par la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public.

Sans préjudice de la loi du 16 mars 1954 et de la présente loi, le Roi détermine les règles relatives à l'organisation et au fonctionnement du Fonds.

Art. 7. § 1. Le conseil d'administration du Fonds se compose comme suit :

1° quatre membres représentant l'autorité;

2° quatre membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et les organisations représentatives de travailleurs indépendants;

3° quatre membres représentant les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés;

4 quatre membres représentant les organismes assureurs;

5° cinq membres représentant les praticiens professionnels, dont trois médecins au moins;

6° trois membres représentant les institutions de soins de santé, dont au moins un médecin hygiéniste;

7° quatre membres représentant les patients;

8° deux professeurs ou chargés de cours de droit, spécialisés en droit médical.

Le conseil d'administration et chacun des groupes représentés en son sein comptent autant de membres de langue française que de membres de langue néerlandaise. Pour juger si cette dernière condition est remplie, les représentants des praticiens professionnels et des institutions de soins de santé sont considérés comme un seul groupe.

Le président et le vice-président sont d'un rôle linguistique différent.

§ 2. Le Roi fixe le mode de désignation des membres.

Il nomme, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, le président, le vice-président et les membres pour un mandat de six ans, renouvelable. Il peut, dans les conditions qu'il détermine, nommer des membres suppléants.

§ 3. Le Roi fixe les indemnités et jetons de présence du président, du vice-président et des membres du conseil d'administration du Fonds.

Art. 8. § 1er. Le Fonds a pour mission d'organiser l'indemnisation des victimes de dommages résultant de soins de santé ou de leurs ayants droit, dans les limites des articles 4 et 5.

Dans le cadre de cette mission, le Fonds est chargé de :

1° déterminer si le dommage résultant de soins de santé subi par le patient engage ou non la responsabilité d'un prestataire de soins, et d'évaluer la gravité de celui-ci. Dans ce but, le Fonds peut :

a) solliciter de toute personne physique ou morale tous les documents et toutes les informations nécessaires pour pouvoir apprécier les causes, les circonstances et les conséquences du dommage faisant l'objet de la demande;

b) faire appel à des praticiens professionnels spécialisés afin d'obtenir des précisions dans un domaine particulier des soins de santé;

2° vérifier si la responsabilité civile du prestataire de soins qui a causé le dommage est effectivement et suffisamment couverte par une assurance;

3° lorsqu'il estime que le dommage répond aux conditions fixées aux articles 4 et 5, indemniser le patient ou ses ayants droit;

4° lorsqu'il estime que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins, inviter celui-ci ou son assureur à formuler une offre d'indemnisation du patient ou de ses ayants droit;

5° organiser, à la demande du patient ou de ses ayants droit, d'un prestataire de soins ou de son assureur, une médiation conformément aux articles 1724 à 1733 du Code judiciaire. Le Fonds peut le cas échéant être partie à la médiation;

6° donner, à la demande du patient ou de ses ayants droit, un avis sur le point de savoir si le montant de l'indemnisation proposée par un prestataire de soins ou son assureur est suffisant.

§ 2. Le Fonds a également pour mission de :

1° émettre, à la demande du ministre ou d'initiative, des avis sur toute question concernant la prévention ou la réparation des dommages résultant de soins de santé;

2° établir des statistiques sur les indemnisations accordées en vertu des dispositions de la présente loi;

3° établir un rapport annuel d'activité, qui est remis au ministre, aux Chambres législatives et à la Commission fédérale Droits du patient". Ce rapport contient l'analyse des données statistiques

et financières, des recommandations pour prévenir les dommages résultants de soins de santé, une présentation et un commentaire des avis que le Fonds estime devoir émettre. Ce rapport ne contient aucune donnée à caractère personnel.

Art. 9. § 1er. Le cadre du personnel du Fonds doit permettre à celui-ci de disposer des compétences nécessaires à l'accomplissement de ses missions, notamment médicales et juridiques.

§ 2. Les membres du conseil d'administration et du personnel du Fonds, ainsi que tous les collaborateurs permanents ou occasionnels de celui-ci, sont tenus au secret professionnel. L'article 458 du Code pénal leur est applicable.

Art. 10. Pour l'exécution de ses missions, le financement du Fonds peut être assuré par :

1° un montant annuel à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité fixé par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres;

2° le revenu des actions subrogatoires exercées conformément aux articles 28, 30, 31 et 32;

3° les produits financiers recueillis sur les sommes dont le Fonds dispose;

4° les indemnités dues au Fonds en vertu des articles 15, alinéa 6, et 31, alinéa 6.

Art. 11. § 1er. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité met à la disposition du Fonds, contre rétribution, les services, le personnel, l'équipement et les installations nécessaires au fonctionnement de celui-ci.

§ 2. Le Roi peut également transférer au Fonds des agents contractuels et statutaires du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ou d'un autre service public.

Le Roi fixe les modalités du transfert du personnel par arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

Ce transfert de personnel au Fonds se fait avec maintien du grade et de la qualité. Les agents concernés conservent leur ancienneté administrative et pécuniaire.

CHAPITRE 4. - *Procédure*

Section 1re. - La demande

Art. 12. § 1er. Toute personne qui s'estime victime d'un dommage résultant de soins de santé ou ses ayants droit peuvent adresser au Fonds, par lettre recommandée à la poste, une demande d'avis sur la responsabilité éventuelle d'un prestataire de soins dans le dommage subi, ainsi que sur la gravité de celui-ci.

§ 2. La lettre recommandée mentionne :

1° l'identité complète des demandeurs et, le cas échéant, du patient;

2° la date et une description de l'élément générateur du dommage résultant de soins de santé;

3° une description des dommages allégués;

4° le cas échéant, l'identité et l'adresse du ou des prestataires de soins impliqués;

5° l'indication des procédures civiles et pénales éventuelles mises en oeuvre à la suite du dommage concerné;

6° tous les éléments qui permettent d'apprécier l'origine et la gravité du dommage;

7° les indemnisations éventuelles déjà perçues ou en cours de traitement, en ce compris les remboursements effectués ou à effectuer par un organisme assureur ou un assureur;

8° l'identité de l'organisme assureur du demandeur et des éventuels assureurs susceptibles d'indemniser le dommage.

§ 3. La demande est irrecevable si elle est adressée au Fonds plus de cinq ans à partir du jour qui suit celui où le demandeur a eu connaissance du dommage dont il est demandé l'indemnisation, ou de son aggravation, et de l'identité de la personne à l'origine du dommage, ou plus de vingt ans à partir du jour qui suit celui où s'est produit le fait qui a causé le dommage.

§ 4. Le délai de prescription visé au paragraphe 3 est suspendu ou interrompu conformément au droit commun.

La prescription est également interrompue lorsque le demandeur fait connaître à l'assureur du prestataire de soins ou au prestataire lui-même sa volonté d'être indemnisé. Cette interruption

cesse au moment où l'assureur ou le prestataire de soins fait connaître par écrit, au demandeur, sa décision d'indemnisation ou son refus.

§ 5. La demande est également irrecevable si :

1° le demandeur a déjà accepté, pour le même dommage, une offre d'indemnisation définitive du Fonds, de l'assureur du prestataire de soins ou du prestataire de soins lui-même;

2° le demandeur a déjà été indemnisé du dommage par le Fonds, par l'assureur d'un prestataire de soins ou par le prestataire de soins lui-même, en vertu d'une décision judiciaire coulée en force de chose jugée;

3° une décision judiciaire coulée en force de chose jugée a déclaré non fondée la demande d'indemnisation du dommage, tant sur la base de la responsabilité d'un prestataire de soins que d'un accident médical sans responsabilité.

§ 6. Le cas échéant, le demandeur informe la juridiction saisie de la demande d'indemnisation du dommage résultant de soins de santé de l'introduction d'une demande devant le Fonds. De même, il informe le Fonds de l'introduction de toute demande d'indemnisation du chef du dommage résultant de soins de santé devant une juridiction conformément au droit commun.

Art. 13. § 1er. L'envoi de la demande visée à l'article 12, suspend de plein droit l'examen et le jugement des actions civiles relatives à cet accident médical intentées devant les juridictions de l'ordre judiciaire, jusqu'au lendemain du jour où :

1° le demandeur accepte une offre définitive d'indemnisation soit du Fonds, soit du prestataire de soins, soit de l'assureur de ce dernier;

2° le demandeur refuse une offre d'indemnisation, provisionnelle ou définitive, soit du Fonds, soit du prestataire de soins, soit de l'assureur de ce dernier;

3° le Fonds notifie au demandeur un avis par lequel il estime que les conditions prévues par les articles 4 et 5 ne sont pas remplies;

4° le demandeur notifie au Fonds sa volonté de mettre un terme à la procédure devant le Fonds.

§ 2. La prescription des actions civiles relatives à cet accident médical est suspendue aux mêmes conditions.

§ 3. L'introduction d'une action judiciaire relative à cet accident médical suspend la prescription de l'action auprès du Fonds ou contre celui-ci.

Art. 14. Lorsque la demande est manifestement irrecevable, le Fonds en informe sans délai le demandeur. Il lui en indique les motifs et, le cas échéant, l'instance devant laquelle la demande peut être introduite.

Section 2. - Traitement de la demande

Art. 15. Dans le mois de réception de la demande, le Fonds en accuse réception.

Dans le cadre du traitement de la demande, le Fonds peut demander au demandeur ou à ses ayants droit, à tous les prestataires de soins qui pourraient être impliqués, ou aux prestataires de soins qui ont traité le patient, ou à toute autre personne tous les documents et renseignements qui lui sont nécessaires pour pouvoir apprécier les causes, les circonstances et les conséquences du dommage résultant de soins de santé qui fait l'objet de la demande.

Dans un délai d'un mois après la notification de la demande du Fonds, les prestataires de soins, le demandeur ou ses ayants droit, ou toute autre personne à laquelle le Fonds le demande, fournissent à celui-ci tous les documents et renseignements demandés.

Si le demandeur ou ses ayants droit, ou les prestataires de soins, ou toute autre personne, ne répondent pas à la demande du Fonds dans un délai d'un mois après la notification de celle-ci, le Fonds envoie une lettre de rappel.

Si le demandeur ou ses ayants droit ne répondent pas à la lettre de rappel du Fonds dans un délai d'un mois après la notification de celle-ci, ils sont censés renoncer à la demande et à l'effet suspensif de celle-ci en ce qui concerne la prescription. Cette renonciation présumée met fin à la procédure, mais n'interdit pas de formuler, le cas échéant, ultérieurement une demande nouvelle dont la recevabilité sera appréciée à cette date.

Si un prestataire de soins, ou toute autre personne que le demandeur et ses ayants droit, ne répondent pas dans le mois de la notification de la lettre de rappel du Fonds, et sauf cas de force majeure, ils deviennent débiteurs de plein droit, à l'égard du Fonds, d'une indemnité forfaitaire de 500 euros par jour à dater du lendemain du dernier jour du délai, et ce, jusqu'à la transmission des renseignements et documents demandés, avec un maximum de 30 jours. Le Fonds informe par courrier recommandé à la poste le prestataire de soins, ou toute autre personne que le demandeur et ses ayants droit, du montant qu'il compte lui réclamer à titre d'indemnisation forfaitaire et l'invite à lui communiquer dans le mois ses éventuelles observations à cet égard. Les éventuelles observations communiquées après l'expiration de ce délai ne sont pas prises en compte.

La somme forfaitaire visée à l'alinéa 6 est indexée le 1er janvier de chaque année sur la base des fluctuations de l'indice des prix à la consommation. Le montant adapté ne peut dépasser le montant qui résulte de la formule suivante : la somme forfaitaire visée à l'alinéa 6 multipliée par l'indice du mois de décembre de l'année écoulée et divisée par l'indice du mois de décembre de l'année précédant l'année qui vient de s'écouler.

Le débiteur à l'égard du Fonds en application de l'alinéa 6 dispose de la possibilité d'introduire un recours conformément au Code judiciaire.

Sans préjudice de son droit de citer devant le juge, le Fonds peut procéder au recouvrement des sommes qui lui sont dues en vertu du sixième alinéa par voie de contrainte. Le Roi règle les conditions et les modalités de poursuite par voie de contrainte ainsi que les frais résultant de la poursuite et les modalités de leur mise à charge.

Le présent article ne porte pas préjudice au droit du Fonds, du demandeur ou de ses ayants droit de former contre le prestataire de soins une action en dommages et intérêts, une action en production de documents conformément à la quatrième partie, livre II, titre III, chapitre VIII, section II, du Code judiciaire ou une action fondée sur la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et de postuler, le cas échéant, le paiement d'une astreinte conformément à la quatrième partie, livre IV, chapitre XXIII, du Code judiciaire.

La lettre de rappel du Fonds, envoyée sous pli recommandé à la poste, reproduit, à peine de nullité, le texte du présent article.

Art. 16. Si la personne qui a introduit la demande n'est pas le patient et si celui-ci est vivant, le Fonds n'a accès au dossier de patient que moyennant l'accord exprès de ce dernier ou de son représentant, donné conformément aux dispositions de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Si la personne qui a introduit la demande n'est pas le patient et si celui-ci est décédé, le Fonds n'a accès au dossier de patient que moyennant l'accord exprès d'une personne mentionnée à l'article 9, § 4, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Art. 17. § 1er. Le Fonds peut faire appel à des praticiens professionnels spécialisés en vue d'obtenir des informations précises sur une question médicale particulière.

§ 2. A moins que la demande ne soit manifestement irrecevable ou non fondée, ou que l'ensemble des parties à la procédure y renoncent, le Fonds organise une expertise contradictoire s'il y a des indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité visé à l'article 5.

Le Fonds désigne un expert indépendant ou, si cela se justifie, un collège d'experts.

Dans les autres cas, le Fonds peut organiser une telle expertise.

Le Fonds suit le déroulement de l'expertise et veille notamment au respect de son caractère contradictoire.

§ 3. Toute partie peut solliciter du Fonds la récusation de l'expert désigné si celui-ci ne présente pas l'impartialité requise pour mener à bien sa mission.

L'expert qui sait qu'il existe une cause de récusation dans son chef en fait immédiatement part aux parties et se déporte, à moins que celles-ci ne l'en dispensent.

Si les parties ont marqué leur accord sur la désignation de l'expert, elles ne peuvent le récuser que pour des causes survenues ou connues depuis sa désignation.

Aucune récusation ne peut en tout cas être proposée après la réunion d'installation ou, à défaut d'une telle réunion, après que l'expert a commencé ses travaux, à moins que la cause de la récusation n'ait été révélée ultérieurement à la partie.

§ 4. A moins que l'expert ne se déporte spontanément, la partie qui sollicite la récusation de l'expert adresse une demande motivée en ce sens au Fonds, à peine de déchéance dans les quinze jours de la date à laquelle la partie a eu connaissance des causes de la récusation.

Le Fonds communique immédiatement par lettre recommandée à la poste cette demande aux autres parties et à l'expert dont la récusation est sollicitée, en les invitant à lui faire part de leurs observations dans les quinze jours. L'expert est tenu de déclarer s'il accepte ou s'il conteste la récusation.

La récusation est admise si l'expert l'accepte ou s'il garde le silence.

Lorsque l'expert conteste sa récusation, le Fonds décide de son maintien ou de sa récusation par une décision motivée. Il ne tient pas compte des observations qui lui ont été communiquées par les parties après l'expiration du délai de quinze jours visé à l'alinéa 2.

S'il admet la récusation, le Fonds désigne immédiatement un autre expert.

§ 5. Le Fonds entend les parties concernées, à leur demande ou s'il le juge opportun.

Art. 18. Le demandeur, son organisme assureur, les prestataires de soins impliqués, leurs assureurs et les autres parties à la procédure devant le Fonds peuvent se faire assister par la personne de leur choix au cours de la procédure.

Art. 19. Lorsque les faits à l'origine du dommage résultant de soins de santé le justifient, le Fonds les dénonce aux autorités administratives, disciplinaires ou judiciaires compétentes.

Art. 20. La procédure devant le Fonds est gratuite pour le demandeur.

Le cas échéant, les frais d'expertise sont à charge du prestataire de soins responsable du dommage et de son assureur, si la responsabilité du prestataire a été reconnue par lui ou son assureur ou si elle a été établie par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée.

Section 3. - Avis du Fonds

Art. 21. Dans les six mois de la réception de la demande, le Fonds indique, dans un avis motivé, s'il estime que le dommage résultant de soins de santé trouve l'une de ses causes dans la responsabilité d'un ou de plusieurs prestataires de soins, ou dans un accident médical sans responsabilité, ou encore qu'il ne relève d'aucune de ces catégories.

Si le Fonds estime que le dommage résultant de soins de santé trouve l'une de ses causes dans la responsabilité d'un ou de plusieurs prestataires de soins, il indique si la responsabilité de ce prestataire ou de ces prestataires est couverte par un contrat d'assurance de responsabilité.

Si le Fonds estime que le dommage résultant de soins de santé trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité, il indique si le dommage présente la gravité prévue à l'article 5.

Art. 22. L'avis du Fonds est notifié, sous pli recommandé à la poste, au demandeur, le cas échéant à son organisme assureur, aux prestataires de soins concernés, et, le cas échéant, à leurs assureurs.

Il est accompagné des pièces et documents qui le fondent.

Dans la notification de l'avis, le Fonds mentionne les possibilités d'actions et les délais dans lesquels lesdites actions doivent être introduites. ÷ défaut, les délais de recours sont majorés de six mois.

Dans la même notification, le Fonds invite, s'il y a lieu, l'assureur du prestataire de soins concerné à formuler une offre d'indemnisation en faveur du demandeur, et en informe les autres parties à la procédure.

Art. 23. Si dans son avis, le Fonds conclut à l'une des hypothèses visées à l'article 4, 1° ou 2°, il est procédé comme il est dit à la section 4, pour autant que, si l'hypothèse est celle de l'article 4, 1°, le dommage présente la gravité prévue à l'article 5.

Si, dans son avis, le Fonds ne conclut pas qu'il y a lieu à indemnisation en vertu de l'article 4, 1°, ou 2°, ou s'il conclut à l'absence de la gravité prévue à l'article 5, le demandeur, sans préjudice de ses actions de droit commun, peut intenter, conformément au Code judiciaire, devant le tribunal de première instance, une action contre le Fonds afin d'obtenir les indemnités auxquelles il prétend avoir droit en vertu de la présente loi.

Art. 24. L'avis du Fonds ne lie ni le demandeur, ni les prestataires de soins concernés et leurs assureurs, ni le cas échéant le juge.

Section 4. - Offre du Fonds

Art. 25. § 1er. Lorsque l'avis conclut qu'il y a lieu à indemnisation en vertu de l'article 4, 1°, ou 2°, et pour autant que, si l'hypothèse est celle de l'article 4, 1°, le dommage présente la gravité prévue à l'article 5, le Fonds, dans les trois mois de la notification de l'avis, adresse au demandeur, sous pli recommandé à la poste, une offre d'indemnisation.

Dans l'hypothèse visée à l'article 4, 3°, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 30, il adresse au demandeur, sous pli recommandé à la poste, une offre d'indemnisation, dans les trois mois de la notification de la décision du prestataire de soins ou de son assureur de contester la responsabilité du prestataire de soins.

Dans cette même hypothèse, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 32, il adresse au demandeur, sous pli recommandé à la poste, une offre d'indemnisation, dans les trois mois qui suivent l'expiration du délai d'un mois laissé à l'assureur pour répondre au rappel du Fonds.

Dans l'hypothèse visée à l'article 4, 4°, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 31, il adresse au demandeur, sous pli recommandé à la poste, une offre d'indemnisation dans les trois mois de la notification de son avis motivé sur l'insuffisance manifeste de l'offre de l'assureur.

§ 2. Si le dommage peut être quantifié, l'offre indique un montant définitif.

§ 3. Si le dommage ne peut être entièrement quantifié, le Fonds propose le versement d'une indemnisation provisionnelle tenant compte des frais déjà exposés, de la nature des lésions, de la douleur endurée et du préjudice résultant des périodes d'incapacités et d'invalidités déjà écoulées. L'indemnisation provisionnelle porte également sur le préjudice le plus probable pour l'avenir.

Dans ce cas, le demandeur adresse une demande complémentaire au Fonds lorsque le dommage peut être entièrement quantifié ou lorsque celui-ci a évolué de manière significative.

§ 4. 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 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 26. § 1er. Le demandeur dispose d'un délai de trois mois pour accepter l'offre d'indemnisation du Fonds.

A défaut de réaction de la part du demandeur dans ce délai, le Fonds lui adresse un rappel par lettre recommandée à la poste.

A défaut de réaction de la part du demandeur dans un délai d'un mois suivant ce rappel, l'offre est présumée refusée. L'attention du demandeur est attirée, dans la lettre de rappel, sur les conséquences d'une absence de réaction de sa part.

Dans le mois de l'acceptation expresse de l'offre, le Fonds paie au demandeur l'indemnisation proposée.

§ 2. Avant de prendre position sur l'offre du Fonds, le demandeur peut également, dans le délai prévu au paragraphe 1er, formuler des observations sur l'offre du Fonds, auxquelles le Fonds est tenu de répondre. S'il l'estime opportun au vu des observations du demandeur, le Fonds peut adapter le montant de son offre.

Les délais prévus au paragraphe 1er sont suspendus pendant la durée de l'examen des observations par le Fonds, sans que le délai restant à courir puisse jamais être inférieur à deux mois.

Le Fonds adresse sa réponse avec, le cas échéant, l'offre adaptée, par lettre recommandée à la poste au demandeur. Cette lettre mentionne la date d'expiration du délai encore disponible, ainsi que les conséquences d'une absence de réaction de sa part.

Le demandeur ne peut adresser d'observations qu'à une seule reprise.

Art. 27. A peine de déchéance, le demandeur qui conteste l'offre d'indemnisation du Fonds porte, conformément au Code judiciaire la contestation, devant le tribunal avant l'expiration du délai prévu à l'article 26, § 1er, le cas échéant prolongé conformément au paragraphe 2 de ce même article. Dans le cadre de cette procédure, le Fonds n'est lié ni par son avis ni par son offre.

Art. 28. Lorsque le Fonds a indemnisé le demandeur en application de l'article 4, 2°, il est subrogé dans les droits de celui-ci contre le prestataire de soins.

Ni le prestataire de soins, ni le juge, ne sont liés par le montant de l'indemnisation accordée par le Fonds au demandeur.

Si le juge estime que les sommes payées au demandeur par le Fonds ne sont pas dues, elles ne sont pas récupérées.

Section 5. - Offre de l'assureur du prestataire de soins

Art. 29. Lorsque l'assureur du prestataire de soins est invité par le Fonds à formuler une offre d'indemnisation conformément à l'article 22, alinéa 4, il est procédé de la manière suivante.

Sans préjudice de l'application de l'article 30, l'assureur du prestataire de soins adresse dans les trois mois de l'invitation du Fonds, par lettre recommandée, une offre d'indemnisation au demandeur et une copie au Fonds.

Si le dommage peut être quantifié, l'offre indique un montant définitif.

Si le dommage ne peut être entièrement quantifié, l'assureur du prestataire de soins propose le versement d'une indemnisation provisionnelle tenant compte des frais déjà exposés, de la nature des lésions, de la douleur endurée et du préjudice résultant des périodes d'incapacité et d'invalidité déjà écoulées. L'indemnisation provisionnelle porte également sur le préjudice le plus probable pour l'avenir.

Dans ce cas, le demandeur adresse une demande complémentaire à l'assureur du prestataire de soins lorsque le dommage peut être entièrement quantifié ou lorsque celui-ci a évolué de manière significative.

L'assureur du prestataire paie l'indemnisation au demandeur dans le mois de son acceptation expresse et informe le Fonds de cette indemnisation effective.

Art. 30. L'article 29 ne porte pas préjudice au droit du prestataire de soins ou de son assureur de contester la responsabilité du prestataire de soins. Cette contestation est notifiée par le prestataire de soins ou son assureur au demandeur, le cas échéant à l'organisme assureur de ce dernier, ainsi qu'au Fonds.

Dans cette hypothèse, et pour autant que l'une des conditions visées à l'article 5 soit remplie, le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins et il est alors procédé conformément aux articles 25 à 27.

Le Fonds, après avoir indemnisé le demandeur, est subrogé dans les droits de celui-ci contre le prestataire de soins, et, le cas échéant, contre l'assureur qui couvre la responsabilité civile de celui-ci.

Ni le prestataire de soins, ni l'assureur, ni le juge ne sont liés par le montant de l'indemnisation accordée par le Fonds au demandeur.

Si le juge estime que les sommes payées au demandeur par le Fonds ne sont pas dues, elles ne sont pas récupérées.

Art. 31. Lorsque le demandeur reçoit une proposition amiable d'indemnisation de l'assureur du prestataire de soins, il peut demander par écrit l'avis du Fonds sur cette proposition.

Dans les deux mois de cette demande, le Fonds donne un avis motivé. Si le Fonds estime la proposition manifestement insuffisante, il se substitue à l'assureur et procède conformément aux articles 25 à 27.

Le Fonds est, dans ce cas, subrogé dans les droits du demandeur contre le prestataire de soins et, le cas échéant, contre l'assureur qui couvre la responsabilité civile de celui-ci.

Ni le prestataire de soins, ni l'assureur, ni le juge ne sont liés par le montant de l'indemnisation accordée par le Fonds au demandeur.

Si le juge estime que les sommes payées au demandeur par le Fonds ne sont pas dues, elles ne sont pas récupérées.

Lorsque le Fonds se substitue à l'assureur conformément à l'alinéa 2, l'assureur est redevable de plein droit au Fonds d'une indemnité forfaitaire égale à 15 % du montant de l'indemnisation totale accordée à la victime par le Fonds, ou le cas échéant, du montant établi par le juge, pour autant que ce dernier confirme que l'offre de l'assureur était manifestement insuffisante.

Art. 32. Si, dans son avis, le Fonds a conclu à la responsabilité du prestataire de soins, et si, dans cette hypothèse, le demandeur n'obtient pas, dans les trois mois de la notification de l'avis, une offre amiable d'indemnisation de l'assureur du prestataire estimé responsable, le demandeur en informe le Fonds.

Celui-ci adresse un rappel à l'assureur du prestataire de soins, qui dispose d'un délai d'un mois à dater de la notification du rappel pour formuler une offre. L'assureur du prestataire de soins en informe le Fonds.

A défaut de réaction de l'assureur du prestataire de soins dans le délai d'un mois à dater de la notification du rappel, l'assureur est présumé contester la responsabilité de son assuré. Si l'une des conditions fixées à l'article 5 est remplie, le Fonds se substitue à l'assureur et il est alors procédé comme il est dit aux articles 25 à 27.

Dans cette hypothèse, le Fonds, après avoir indemnisé le demandeur, est subrogé dans les droits de celui-ci.

Ni le prestataire de soins, ni l'assureur, ni le juge ne sont liés par le montant de l'indemnisation accordée par le Fonds au demandeur.

Si le juge estime que les sommes payées au demandeur par le Fonds ne sont pas dues, elles ne sont pas récupérées.

CHAPITRE 5. - *Dispositions abrogatoires et modificatives*

Art. 33. Sont abrogées :

1° la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, modifiée par les lois des 21 décembre 2007 et 22 décembre 2008 et partiellement annulée par l'arrêt n° 8/2009 du 15 janvier 2009 de la Cour constitutionnelle;

2° la loi du 15 mai 2007 concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, modifiée par les lois des 21 décembre 2007 et 22 décembre 2008.

Art. 34. Dans l'article 1er de la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public, sont insérés dans l'ordre alphabétique, dans la catégorie B, les mots « Fonds des accidents médicaux ».

CHAPITRE 6. - *Entrée en vigueur^(*)*

Art. 35. § 1er. Sauf en ce qui concerne le présent article et les articles 1er, 6, 7, 9, 10, 11, 33 et 34, le Roi détermine la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

§ 2. La présente loi s'applique aux dommages résultant d'un fait postérieur à sa publication au Moniteur belge.

NOUVELLE RUBRIQUE SUR www.gbs-vbs.org

**La Cellule information et assistance pour les candidats spécialistes
Saviez-vous que... ?**

Courrier du GBS du 25 mars 2010 aux médecins spécialistes en formation

Chers Collègues,

Au cours de ces dernières années, des erreurs ont été régulièrement commises au niveau de l'application de la législation relative à la formation de spécialiste.

(*) N.B. : Ces articles entrent en vigueur 10 jours après leur publication. Il s'agit ici principalement de la création du Fonds proprement dit (art. 6), de la composition du conseil d'administration (art. 7), de la disposition de base concernant le cadre du personnel (art. 9§1), du secret professionnel auquel les membres du conseil d'administration et les collaborateurs sont tenus (art. 9§2), des sources de financement du Fonds (art. 10), de la possibilité de mettre à disposition du Fonds, par A.R., contre rétribution, du personnel, de l'équipement et des services de l'INAMI (art. 11§1) et des activités similaires du SPF Santé publique (art. 11§2). L'article 33 enterre les précédentes lois "no-fault" mort-nées des 15.05.2007, 21.12.2007 et 22.12.2008.

Un grand point d'interrogation subsiste quant à l'article 35 §2. La nouvelle loi s'applique aux dommages résultant d'un fait postérieur au 2 avril 2010 (date de la publication au M.B.) alors que l'entrée en vigueur concrète des procédures doit encore intervenir. A suivre.

Un des principaux soucis des concepteurs de notre système de formation était, d'une part, le libre choix des candidats spécialistes quant à leurs formateurs et services de formation et, d'autre part, un parfait équilibre entre les services de formation et maîtres de stage universitaires et non universitaires.

Il nous semble qu'il est grand temps de corriger les écarts par rapport à ces principes de base. Le Forum des commissions d'agrément, une émanation des représentants des groupes de la profession au sein des commissions d'agrément instituées auprès du Service public fédéral Santé publique, a ainsi pris l'initiative de vous informer concernant quelques principes de base, droits et applications élémentaires des dispositions légales actuellement en vigueur et qui n'ont peut-être pas été portés à votre connaissance.

Le document ci-joint vous fournit un certain nombre de données. Il ne s'agit nullement d'une liste exhaustive des critères applicables pour lesquels vous pouvez du reste toujours vous adresser à la Cellule information et assistance pour les candidats spécialistes du GBS (tél. 02/649.21.47, fax 02/649.26.90, e-mail info@gbs-vbs.org) mais plutôt de quelques applications ponctuelles qui peuvent être intéressantes dans le cadre de la poursuite de votre formation.

Les candidats spécialistes membres du GBS bénéficient d'une assurance Protection juridique totalement gratuite.

Veuillez agréer, Chers Collègues, l'expression de nos meilleures salutations,

Dr M. MOENS,
Secrétaire général du GBS

Dr J.L. DEMEERE,
Président du GBS

Dr R. HEYLEN,
Président du Forum

Annexe

1. Saviez-vous que¹ :

le candidat spécialiste rédige lui-même son plan de stage et que ce plan de stage est introduit auprès de la Commission d'agrément?

Art. 10, premier alinéa : *"Le candidat est tenu d'introduire pour approbation, par lettre recommandée au Ministre, au plus tard dans les trois premiers mois du début de sa formation, un plan de stage mentionnant les stages qu'il désire effectuer."*

2. Saviez-vous que :

le plan de stage doit être accompagné d'une attestation qui prouve que le candidat est retenu par une faculté de médecine pour la discipline dans laquelle il compte se former?

Art. 10 deuxième alinéa : *"Le plan de stage est accompagné d'une attestation qui prouve que le candidat est retenu par une faculté de médecine pour la discipline dans laquelle il compte se former."*

Cette attestation est le résultat de la sélection par une faculté et doit vous être délivrée à votre demande (attestation I).

3. Saviez-vous que :

le plan de stage introduit doit porter sur la durée complète de la formation?

"Art. 12 §1er. La demande d'approbation du plan de stage ... contient les éléments suivants :

2° les dates du début et de la fin de la formation, le plan de stage devant porter sur la durée complète de celle-ci;

3° les services où seront effectués les stages..."

"Art. 12 §2, 2° pour chaque partie du stage, un exemplaire de la convention écrite conclue entre le candidat et le maître de stage ou l'institution responsable et relative à la rémunération du candidat avec mention précise de la durée de la convention."

4. Saviez-vous que :

vous devez faire coïncider les deux premières années de votre formation avec une formation universitaire spécifique qui est contrôlée à l'issue de cette période?

"Art. 21, 4°... candidat a suivi avec fruit une formation universitaire spécifique; pour les candidats spécialistes, cette formation doit avoir coïncidé avec les deux premières années de la formation"

L'attestation qui prouve que vous avez suivi avec fruit cette formation universitaire spécifique ayant coïncidé avec les deux premières années doit vous être délivrée immédiatement à votre demande (attestation II).

¹ Sauf mention contraire en note de bas de page, il est toujours fait référence à l'A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes

5. Saviez-vous que :

il n'est fait mention nulle part dans les textes de loi que vous devez être inscrit dans une université pour suivre cette formation universitaire? Les universités l'exigeront cependant peut-être pour la formation qu'elles doivent dispenser.

6. Saviez-vous que :

il n'y a pas d'obligation d'effectuer les deux premières années de la formation dans un service universitaire? Il est parfaitement possible d'effectuer les deux premières années ainsi que les années suivantes dans un service non universitaire mais il faut faire "coïncider" ces deux premières années avec une formation universitaire spécifique.

Même si les groupes de la profession prônent une formation mixte (services de stage universitaires + non universitaires), il est parfaitement possible en principe de suivre une formation complète dans des services de stage non universitaires (par conséquent sans maître de stage universitaire) conformément aux règles en vigueur.

7. Saviez-vous que :

le candidat spécialiste choisit lui-même son ou ses maître(s) de stage et service(s) de stage? S'il ou elle a plusieurs maîtres de stage, il ou elle choisit un "Maître de stage coordinateur".

Le terme "Maître de stage coordinateur universitaire" ne figure nulle part dans la législation. Dans les milieux universitaires, ce terme est utilisé (mal à propos) pour désigner les responsables des réseaux universitaires.

Art. 12 §1, 4° le nom du ou des maîtres de stage et éventuellement du maître de stage coordinateur et son (leur) accord écrit. Lorsque le candidat a plus d'un maître de stage, l'un d'eux doit faire fonction de maître de stage coordinateur.

Le maître de stage coordinateur a pour mission de guider le candidat lors de la rédaction de son plan de stage et de coordonner l'ensemble de sa formation. Le maître de stage coordinateur doit être agréé dans la même discipline que celle choisie comme finalité par le candidat.

8. Saviez-vous que :

le candidat spécialiste rédige chaque année un rapport confidentiel à l'intention du médecin fonctionnaire dirigeant du SPF Santé publique concernant les aspects quantitatifs et qualitatifs de son stage?

Art. 3 §2² le candidat spécialiste rédige chaque année un rapport confidentiel à l'intention du médecin fonctionnaire en charge de la direction de l'art de Guérir concernant les aspects quantitatifs et qualitatifs de son stage et ce suivant le modèle défini par cette administration. Ces rapports seront un des éléments utilisés pour l'évaluation régulière du maître de stage et du service de stage.

9. Saviez-vous que :

le candidat spécialiste a le droit de modifier le plan de stage durant le cours de sa formation? Et ce cependant moyennant un accord mutuel du candidat spécialiste et du maître de stage des années que l'on souhaite changer.

"Art.16 Le candidat doit soumettre préalablement toute modification de son plan de stage à l'approbation du Ministre; avant de prendre une décision le Ministre demande l'avis de la chambre compétente de la commission d'agrément.

Ni le candidat ni le maître de stage ne peuvent unilatéralement rapporter des modifications et mettre prématurément fin à la convention entre les deux parties concernant le stage. En cas de divergences de vues les dispositions de l'article 18 du présent arrêté sont applicables.

(Toutes les dispositions se rapportant à un nouveau plan de stage sont également d'application pour une modification d'un plan de stage.)"

Si vous avez des questions ou des souhaits, nous vous conseillons de consulter la Cellule information et assistance pour les candidats spécialistes du GBS (tél. 02/649.21.47 – fax 02/649.26.90, info@gbs-vbs.org, www.gbs-vbs.org) ou de contacter un membre d'une commission d'agrément siégeant sur le banc de la profession³ qui se feront un plaisir de vous venir en aide.

² Arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (M.B. du 29.05.1999).

³ Voir la liste complète sur le website du GBS www.gbs-vbs.org sous la rubrique Cellule information et assistance pour les candidats spécialistes.

**REPONSE DU GROUPEMENT PROFESSIONNEL DES NEPHROLOGUES FLAMANDS
ET FRANCOPHONES, RESPECTIVEMENT NBVN ET GNFB,
AU RAPPORT 124B DU KCE CONCERNANT
«L'ORGANISATION ET LE FINANCEMENT DE LA DIALYSE CHRONIQUE EN BELGIQUE »**

**Extrait du communiqué de presse du KCE
"Dialyse à domicile ou à l'hôpital : à qui revient le choix?" (10/02/2010)**

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a évalué l'organisation, le financement et les coûts de la dialyse en Belgique. Malgré des stimulants financiers poussant à l'utilisation de formes de dialyse moins onéreuses, l'hémodialyse réalisée à l'hôpital reste la procédure la plus utilisée en dépit de son coût plus important. L'étude montre que ce type de dialyse est financièrement plus avantageux tant pour les hôpitaux que pour les médecins. Pour la plupart des patients, il n'existe pas d'indication clinique spécifique favorisant tel type de dialyse par rapport à un autre. Le KCE estime que les préférences des patients devraient être déterminantes dans le choix d'une forme de dialyse. Le KCE plaide dès lors pour une information neutre des patients et pour le remboursement de la dialyse sur base des coûts réels. [...]

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. 124B.

**Dialyse à domicile ou à la maison : une réponse argumentée du GNFB et du NBVN
au rapport du KCE**

C'est avec stupéfaction que nous avons lu le communiqué de presse diffusé à l'occasion de la publication du rapport du KCE concernant l'organisation et le financement de la dialyse chronique en Belgique. Le titre « Dialyse à domicile ou à l'hôpital : à qui revient le choix » suggère que le choix n'est pas fait par le bon agent. Ceci était même plus explicite dans les recommandations : « *les patients dialysés et leurs familles doivent être informés à temps, de manière objective et exhaustive, par des conseillers neutres afin de pouvoir prendre une décision éclairée* ». Ceci pourrait donner à tort l'impression que les néphrologues et leurs équipes dirigent leurs patients de façon préméditée vers des formes particulières (lisez : plus coûteuses et lucratives) de dialyse !

Le KCE voit donc le salut dans l'information « neutre » du patient. Ceci nous paraît une conclusion curieuse pour plusieurs raisons.

- o Premièrement, ce sujet n'a pas été étudié de façon approfondie dans le rapport du KCE. Tout au plus, apprenons nous que les représentants des associations de patients trouvent que l'information des patients sur les modalités thérapeutiques est correcte.
- o Deuxièmement, l'identité de ces « conseillers neutres » n'est pas claire et n'a pas été spécifiée. Quelles seraient les motivations de ces personnes : limitation pure des coûts ou soutien au choix individuel du patient ? « Neutre » veut-il dire indépendant et impartial ou bien ces éducateurs vont-ils uniquement parler des avantages théoriques de la dialyse à domicile ?
- o Troisièmement : comme le choix de la modalité de dialyse a aussi des implications médicales, il est clair que le néphrologue traitant doit être responsable de ce processus. Si « neutre » veut dire que le conseiller ne doit pas appartenir à l'équipe néphrologique, cela crée un problème pratique et déontologique lié à la confidentialité, au libre choix du médecin, etc. Un tel « conseiller » sera donc toujours de facto quelqu'un fera part de l'équipe néphrologique, comme c'est d'ailleurs devenu pratique courante dans beaucoup de centres, un ou plusieurs ou infirmier(e)s de dialyse étant responsables de l'éducation.
- o Quatrièmement, les analyses des données des trajets de soins montrent que la population en insuffisance rénale terminale comprend essentiellement des patients âgés, disposant moins souvent d'un niveau d'éducation supérieur et affectés d'une comorbidité importante. Si les autorités souhaitent une professionnalisation plus importante du conseil au patient (ce que le GNFB et le NBVN soutiennent), il sera nécessaire d'intégrer aux équipes néphrologiques des personnes disposant des aptitudes éducatives spécifiques permettant aux paramédicaux de

- o Le KCE propose-t-il aussi des conseillers neutres dans les centres de pathologies cardiaques, par exemple pour choisir entre l'angioplastie et la chirurgie cardiaque ? L'autorité mettra-t-elle ces soi-disant informateurs indépendants à la disposition de patients atteints de cancer prostatique pour les aider à choisir entre la chirurgie, la radiothérapie externe ou la brachythérapie ?

Le KCE cherche, par l'obligation de conseillers neutres, à augmenter l'utilisation des formes alternatives de dialyse. En réalité, il y a eu dans les dernières années une importante substitution de l'hémodialyse hospitalière vers les traitements moins coûteux. Les données du GNFB (Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique) et du NBVN (Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie) montrent que plus de 60% des patients en insuffisance rénale terminale sont actuellement traités par transplantation ou par une des formes moins coûteuses de dialyse extrahospitalière (dialyse low-care ou à domicile). Il ressort également de ces chiffres que ce shift de l'hémodialyse hospitalière vers les formes moins coûteuses de traitement a été effectué sans augmentation de la mortalité, et ce malgré une augmentation de la comorbidité des patients. Les courbes de survie des patients dialysés, une fois corrigées pour l'âge et la comorbidité, sont meilleures en Belgique que dans les pays avoisinants. Les néphrologues ont donc fait des efforts importants pour accroître la part des formes de dialyse moins coûteuses. Enfin, selon le rapport des guidelines devraient être établis sur le choix de la modalité de dialyse : aucune guideline internationale de ce type n'existe à l'exception des guidelines françaises concernant la dialyse péritonéale. Il n'y a aucune base scientifique pour guider le choix et la méthode de dialyse : le rapport du KCE constate lui-même l'absence de différence d'efficacité et de mortalité entre les différents types de dialyse, si l'on prend en compte la comorbidité des patients.

Le rapport du KCE attire enfin l'attention sur la différence entre le financement de l'hémodialyse hospitalière via un forfait et un honoraire et le financement uniquement par un forfait de l'auto-dialyse et de la dialyse péritonéale. « *Dans sa configuration actuelle, le système a incité les hôpitaux à développer l'hémodialyse en centre collectif plutôt que la DP, alors que pour les néphrologues la rémunération à l'acte de l'hémodialyse hospitalière peut rester l'option financièrement la plus intéressante* ». Le GNFB et le NBVN veulent attirer l'attention sur le fait que cette situation est induite par le système actuel de remboursement dont ils n'ont jamais été partisans. Les deux associations professionnelles de Néphrologues (GNFB et NBVN) avec le soutien de l'ABSYM et de l'ASGB ont déjà proposé en 2001, sur la base de simulations réelles, de créer un honoraire hebdomadaire par patient indépendant de la nature du traitement de substitution rénale. Ce système a l'avantage de la simplicité (le budget reflète l'évolution du nombre de patients à traiter) et confie les moyens mis en oeuvre à ceux qui peuvent le mieux déterminer sur la base de critères médicaux et en tenant compte des préférences du patient quelle est la technique et la modalité la plus appropriée au traitement du patient.

Les constatations du KCE sont donc matériellement exactes. En revanche, le KCE se trompe totalement dans l'identification des causes sous-jacentes et par conséquent dans la détermination de solutions correctes et efficaces. La situation actuelle est créée par des décisions politiques discutables et des conflits d'intérêt qui ne sont inspirés ni par des arguments scientifiques ni par le souci du bien être du patient. Il est inexact et malhonnête de reprocher à la communauté néphrologique de ramer avec les avirons qui lui ont été fournis. La demande de davantage d'éducation du patient est évidemment soutenue par la communauté néphrologique, quoique de nombreuses initiatives ont déjà été prises en ce sens. L'instauration d'un honoraire capitatif indépendant de la modalité de dialyse et le soutien d'équipes multidisciplinaires sont les solutions qui seraient les plus aisées à mettre en oeuvre. Elles devraient toutes deux créer les conditions dans lesquelles le médecin, sur la base de ses connaissances scientifiques, pourra, avec son patient et tenant compte des préférences de celui-ci, décider le plus indépendamment possible du choix optimal du traitement de substitution rénale. Ce n'est ni aux autorités ni aux directeurs des hôpitaux de déterminer quel est le meilleur traitement pour un patient. C'est maintenant au politique, préalablement bien informé, de prendre les décisions nécessaires.

Les signataires

Dr J. Pr J. Nortier (past présidente du GNFB)
Dr J.M. Pochet (président du GNFB)
Dr B. Guillaume (secrétaire du GNFB)
Dr M.C. Muniz (trésorière du GNFB)
Pr E. Goffin (Conseil d'Administration du GNFB)
Dr C.Bovy (Conseil d'Administration du GNFB)
Dr I. Simon (Conseil d'administration du GNFB)
Dr F. Collart (président du Registre du GNFB- M. Pochet (président GNFB)

Dr. J. Donck (oud-voorzitter NBVN, 2001-2002)
Dr. J.-M. Billiow (oud-voorzitter NBVN, 2003-2008)
Dr. B. De Moor (voorzitter NBVN)
Dr. B. Maes (ondervoorzitter NBVN)
Dr. W. Lemahieu (secretaris NBVN)
Dr. A. Van Audenhove (penningmeester NBVN)
Prof. Dr. W. Van Biesen (Raad van Bestuur NBVN)
Dr. S. Van Hooland (Raad van Bestuur NBVN)

**LETTRE OUVERTE DU Dr M. MOENS A LA MINISTRE ONKELINX
A L'OCCASION DU COMMUNIQUE DE PRESSE DU KCE DU 23.03.2010
CONCERNANT LES VALVES CARDIAQUES PERCUTANÉES**

Madame la Ministre,
Mesdames, Messieurs,

Je vous prie de noter que j'entends, en ma qualité de membre du conseil d'administration du KCE, prendre publiquement mes distances à l'égard de l'article d'(anti)propagande au ras des pâquerettes diffusé par la direction du KCE le mardi 23/03/2010 à 19 h 57 concernant les valves cardiaques percutanées à l'occasion d'une publication dans le quotidien "De Standaard" de ce jour.

Après la débâcle du conseil d'administration de ce même mardi 23.03.2010 (une étude approuvée, deux ayant dû être adaptées en profondeur par le conseil d'administration – mais qui restent insuffisantes selon moi – et deux qui doivent être reprises à zéro en raison d'un manque total de compréhension de la matière traitée), un peu d'humilité aurait été de mise dans le chef du KCE.

Cela va de mal en (nettement) pis en ce qui concerne le KCE.
La réaction du KCE à l'article des cardiologues anversoïis est inspirée par la rancune et le sentiment d'avoir raison. Indigne d'un organe scientifique.

Dr Marc MOENS,
Vice-président de l'ABSyM, membre du Conseil d'administration du KCE

**CHARABIA ADMINISTRATIF
(publié dans « Les spécialistes » du 09.02.2010)**

La loi sur les soins de santé et indemnités (loi SSI) comporte 315 articles sur 465 pages A4, ses arrêtés d'exécution représentent un pavé de plus de 2.000 pages et la nomenclature des prestations de santé en couvre 842. Ma bibliothèque totalise au moins un mètre de textes réglementaires que tout prestataire de soins se devrait de connaître s'il veut traverser sans accrocs la jungle inamienne. Le fait de pouvoir maintenant tout stocker sur des supports informatiques en réduit uniquement le poids.

Le service de contrôle de l'INAMI a été réformé en 2002, sous Frank Vandembroucke, puis en 2006, sous Rudy Demotte, quand ils occupaient le poste de ministre des Affaires sociales. Le 15 mai 2007 est entrée en vigueur la « loi sur la responsabilisation ». Mais bien que le directeur général, le Dr Bernard Hepp, ait qualifié la réforme de « bel exercice de démocratie » lors d'une interview fin 2006, force est de constater que la loi autorise le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) à prendre des sanctions sans commune mesure avec l'infraction. En 2006, l'ABSyM avait attiré l'attention des auteurs du projet au sein de l'INAMI et des parlementaires sur les anomalies en termes de jurisprudence administrative; nous n'avions toutefois rencontré que protestations véhémentes ou désintérêt.

Aujourd'hui, le « SECM new look » est à pied d'œuvre et les têtes commencent à tomber sous son couperet bien aiguisé. L'article 143 §1 prévoit que le fonctionnaire-dirigeant peut rendre des jugements en toute autonomie si les prestations contestées représentent moins de 25.000 euros, que le prestataire n'est pas récidiviste et qu'il n'y avait pas d'intention frauduleuse. Pour des stars du tennis ou du football, ce sont peut-être des cacahouètes mais, pour un médecin, il s'agit déjà d'une somme conséquente. En sus du remboursement, il peut se voir infliger des amendes allant jusqu'à 200% en cas de prestations non effectuées et de 150% pour celles qui n'étaient pas conformes aux milliers de pages de réglementation. Pour générer ces honoraires, le médecin a généralement dû payer des collaborateurs – et le fisc est passé par là, prélevant aisément 50% voire plus. Les amendes administratives ne donnent pas lieu à une déduction fiscale. Au final, la sanction sera donc un multiple de ce que propose, en apparence, la loi SSI – c'est ce que nous avons tenté d'éviter en 2006.

Tantôt les mutuelles laissent patauger l'ignorant, tantôt elles interviennent rapidement – cela compte d'ailleurs au nombre des tâches pour lesquelles l'INAMI leur verse cette année 1.040,835 millions d'euros et qui permettent à leurs services informatiques de lâcher sur nous leurs programmes de contrôle. Le prestataire ainsi repéré n'en sera sans doute pas réjoui, mais si la mutuelle est dans le bon, il en sera quitte pour rembourser, tandis que celui qui n'a pas conscience de mal faire peut, quelques années plus tard, se trouver proprement ruiné par le SECM. Lorsqu'ils suspectent une « infraction », les inspecteurs peuvent également interroger des patients. Ils se présentent au domicile de ceux-ci sans prévenir, déclarant qu'ils sont, comme des agents de police, chargés d'une enquête sur les agissements du Dr X, à qui le patient avait accordé sa confiance des mois ou des années auparavant. La liste de toutes les sanctions possibles en cas de refus de collaborer a tôt fait de rafraîchir la mémoire du malheureux, qui devient soudain bien plus fiable que le dossier tenu par le médecin poursuivi. Après avoir écouté la défense du médecin, le fonctionnaire-dirigeant prononce la sanction sans autre intervention. L'appel est envisageable – du moins si l'incriminé a encore les moyens de payer un avocat, car l'appel n'est pas suspensif.

Bien sûr, l'INAMI ne peut pas fonctionner sans contrôle adéquat. Nos confrères ne sont pas tous des anges et les abus avérés doivent être sanctionnés. Mais ces interventions prétendument strictement administratives sont extravagantes et limitent les droits de la défense. Je répète mon adage : l'excès de réglementation conduit toujours à l'arbitraire. Autant prêcher dans le désert... et avec une moyenne de 227 pages publiées chaque jour au Moniteur, la jurisprudence reste tortueuse, tant dans le département de Laurette Onkelinx que dans celui de Stefaan De Clerck.

Dr Marc Moens, vice-président néerlandophone de l'ABSyM, secrétaire général du GBS.

NOMENCLATURE : ARTICLE 14, h)

(ophtalmologie)

(en vigueur à partir du 01.05.2010)

4 MARS 2010. - Arrêté royal modifiant l'article 14, h), § 1er, II., 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 25.03.2010)

Article 1er. A l'article 14, h), § 1er, II, 2°, 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 suivante est insérée après la prestation 248791-248802 :

« 249270-249281

Imagerie digitale de la rétine après injection d'un produit de contraste ou d'un colorant, avec protocole N 250. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

NOMENCLATURE : ARTICLE 14, j)
(urologie)
(en vigueur à partir du 01.04.2010)

9 FEVRIER 2010. - Arrêté royal modifiant l'article 14, j), 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 24.02.2010)

Article 1er. A l'article 14, j), 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 262415-262426 et la règle d'application qui la suit sont remplacées par les prestations et règle d'application suivantes :

« 262430-262441

Placement d'un cathéter sus-pubien K 50

262452-262463

Remplacement d'un cathéter sus-pubien K 15

La prestation 262430-262441 ne peut pas être portée en compte avec d'autres prestations thérapeutiques sur les voies urinaires réalisées pendant la même période d'hospitalisation. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Articles 28 & 35 (orthopédie et traumatologie – ophtalmologie) : A.R. du 26.01.2010 (M.B. du 08.03.2010 – p. 14540)

Article 35 (oto-rhino-laryngologie) : A.R. du 19.01.2010 (M.B. du 08.03.2010 – p. 14538)

Articles 35 (orthopédie et traumatologie – ophtalmologie – neurochirurgie – chirurgie vasculaire)

& 35bis (ophtalmologie – chirurgie thoracique et cardiologie) : A.R. du 01.02.2010 (M.B. du 08.03.2010 – p. 14543)

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

NOUVELLE REGLE INTERPRETATIVE
ARTICLE 35bis, § 1^{er} (implants)

REGLE INTERPRETATIVE 25 (en vigueur depuis le 01.06.2009) (M.B. du 26.03.2010)

QUESTION

Peut-on facturer deux fois le forfait des prestations 720532-720543, 720554-720565, 720576-720580, 720591-720602, 720613-720624 et 720635-720646 lorsque l'intervention pour le traitement chirurgical complet de la pathologie inflammatoire se fait de manière bilatérale ?

REPONSE

Non, le forfait des prestations 720532-720543, 720554-720565, 720576-720580, 720591-720602, 720613-720624 et 720635-720646 ne peut être attesté qu'une seule fois même lorsque l'intervention est bilatérale.

ANNUAIRE DES MEDECINS SPECIALISTES GBS-VBS

Nous vous informons qu'une version électronique actualisée de l'annuaire des membres du GBS-VBS sera envoyée dans les prochains jours.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

COUT/EFFICACITE DES AIDES AUDITIVES CONVENTIONNELLES **29.05.2010 – Louvain**

Programme :

- 8.30 Accueil
- 09.00 Introduction (P. Lemkens, T. Robillard)
- 09.05 Rappel: fonctionnement d'un appareil auditif conventionnel (N. Deggouj, J. Wouters)
- 09.25 Vocabulaire de base: dissection de fiches techniques d'appareils auditifs de catégories différentes (J.Ph. Van Damme, A. Zarowski)
- 09.50 Réglage et choix d'appareil: quelles classes de prix d'appareils auditifs pour quels types de patients? (P. Coulonval, M. Laureyns, P. Lurquin)
- 10.30 Pause
- 11.00 Evaluation de l'efficacité d'un appareillage auditif par l'ORL (L. Demanez, P. Van de Heyning)
- 11.30 Nomenclature et coût INAMI des aides auditives conventionnelles (M. Vigneul)
- 12.00 Indications particulières et règles pratiques d'appareillage auditif (P. Corthals, I. D'Hooge, O. Lambert, P. Lurquin, P. Van de Heyning)

Inscription obligatoire avant le 22.05.2010

Organisateur : Union professionnelle belge d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale
Pour de plus amples renseignements et le formulaire d'inscription : www.gbs-vbs.org

Accréditation demandée : 3 CP Ethique et économie

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.
- 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, têtière 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 têtière inclinable 50 cm). Disponible immédiatement. Faire offre tél. 02/524.19.33 ou e-mail pabecq@base.be.
- 10013 **BASTOGNE/MARCHE-EN-FAMENNE** : Les hôpitaux de Bastogne et de Marche-en-Famenne engagent pour leurs services d'urgences des **MEDECINS SMA ET SMU**. Conditions de travail attrayantes. Contacter le docteur DECELLE ou le docteur VANDENBOSSCHE par téléphone au 084/21.91.24 ou par courriel decelle.lydie@ifac.be ou vandenbossche.pierre@ifac.be
- 10022 **A VENDRE** : Ostéodensitomètre Norland Eclipse complet en parfait état + Hitachi échodoppler EUB-415 avec deux sondes impeccables. Tél. : 0476/89.64.00.
- 10026 **A VENDRE** : appareil d'échographie ALOKA Dyna View SSD-1700 (avril 1998). Parfait état. Doppler-couleur. 4 sondes : abdo, vasc, small parts, endocavitaire. Imprimante N/B SONY, films transparents sans développement. Prix : 6.000 euros. Tél. : 0475/72.44.61 email : jj.borremans@skynet.be
- 10027 **A VENDRE** : ostéodensitomètre LUNAR DPX-MD compact (février 1999), sous contrat d'entretien GE. Prix : 5.000 euros. Tél. : 0475/72.44.61 email: jj.borremans@skynet.be
- 10028 **A VENDRE** : mammographe INSTRUMENTARIUM Alpha RT (février 2000). Conforme contrôle de qualité (03/12/2009). Agréé Mammotest. Générateur HF100 kHz. Puissance 3.6 kVA. Foyers 0.1 et 0.3. Anode dopée Molybdène. Filtration Mb et Rhodium. Prix : 9000 euros. Tél. : 0475/72.44.61 email: jj.borremans@skynet.be
- 10029 **A VENDRE** : machine à développer FUJI FPM 800 A, modèle compact de table (octobre 2001). Temps de développement 2.5 min. Tous formats, convient pour films monocouches. Prix : 1.000 euros. Tél. : 0475/72.44.61 email: jj.borremans@skynet.be

- 10030 **A VENDRE** : table télécommandée PHILIPS DuoDiagnost (avril 2004). Générateur Optimus 65kW. Module de dosimétrie Diamentor M4. Etat neuf. Test annuel de contrôle de qualité du 03/12/2009 : en ordre. Prix : 30.000 euros. Tél. : 0475/72.44.61 email:jj.borremans@skynet.be
- 10031 **RADIOLOGUE** cherche successeur dans CM privé à Bruxelles. Tél. : 0475/72.44.61.
- 10046 **BRUXELLES** : Le service de soins intensifs de la clinique St Jean à Bruxelles recherche un **MÉDECIN SPÉCIALISTE EN MÉDECINE INTENSIVE** (h/f). Les candidats intéressés peuvent prendre contact avec le Dr Weyers au 02/221.96.40 ou par courriel pweyers@clstjean.be
- 10047 **OTTIGNIES** : L'A.S.B.L. Clinique Saint-Pierre à 1340 Ottignies (Brabant Wallon) engage un **MÉDECIN INTERNISTE GÉNÉRAL** (h/f) pour le service de Médecine interne générale. Les candidatures, accompagnées d'un curriculum vitae détaillé et d'une photo récente, sont à adresser au Docteur Ph. PIERRE, Coordonnateur Général et Directeur Médical. Renseignements : Docteur J.F. VANDERIJST, Chef du Service de Médecine Interne Générale (VANDERIJST@clinique-saint-pierre.be), Clinique Saint-Pierre, Avenue Reine Fabiola, 9 à 1340 OTTIGNIES.
- 10048 **PROVINCE DE LUXEMBOURG, VIVALIA** : Les Cliniques du Sud Luxembourg (plus grosse maternité de la Province, 8 gynécologues) recrutent **DEUX MÉDECINS SPÉCIALISTES GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIEUX** (h/f) ayant une pratique obstétricale et chirurgicale. Sectorisation en développement.. 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.
- 10050 **CHRVS AUVELAIS**, 330 lits, recherche un **CHEF DE SERVICE POUR LES URGENCES** (h/f) (15.000 passages/an + SMUR). 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
- 10051 **L'HÔPITAL DE JOLIMONT** recherche spécialiste en **MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION** pour surveillance de lits sp locomoteurs. Contacter le Dr Bruno FONTEYN soit au 0479/41.17.38, soit par mail (brunofonteyn@gmail.com).
- 10052 **MOUSCRON** : Le Centre hospitalier de Mouscron recherche **DEUX MÉDECINS SMA** pour compléter son équipe du **SERVICE DES URGENCES**. Le poste est libre immédiatement. Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter Monsieur G. LEFEBVRE, Directeur Général au 056/85.81.10 ou 056/85.81.25 (secrétariat) – g.lefebvre@chmoucron.be ou le Docteur J. PANZA, médecin coordinateur SMUR 056/85.81.50 – j.panza@chmoucron.be
- 10053 **OTTIGNIES** : L'A.S.B.L. Clinique Saint-Pierre à 1340 Ottignies (Brabant Wallon) engage un **GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEUX** (h/f) pour le service de Gynécologie – temps plein. Outre des compétences en gynécologie-obstétrique générale, le (la) candidat(e) aura des aptitudes en procréation médicalement assistée. Les candidatures, accompagnées d'un curriculum vitae détaillé et d'une photo récente, sont à adresser au Docteur Ph. PIERRE, Coordonnateur Général et Directeur Médical. Renseignements : Docteur Etienne LONGUEVILLE, Chef du Service de Gynécologie (et.longueville@clinique-saint-pierre.be), Clinique Saint-Pierre, Avenue Reine Fabiola 9 à 1340 OTTIGNIES.
- 10054 **BRUXELLES** : Le Centre de Radiodiagnostic Médicis s.c.p.r.l. (236 avenue de Tervuren à 1150 Bruxelles – tél. : 02/762.29.60) recherche, à partir du 1^{er} janvier 2011, la collaboration part-time d'un **MÉDECIN RADIOLOGUE** pour une activité d'échographie, d'écho-doppler, de sénologie, de radiologie conventionnelle numérisée et d'ostéodensitométrie. Cette collaboration part-time est susceptible de devenir full-time à moyenne échéance. Les candidatures avec curriculum vitae sont à adresser au Dr Turine, même adresse ou par mail à dominique.turine@belgacom.net
- 10055 **A VENDRE** : matériel de laparoscopie STORZ, sigmoïdoscopie OLYMPUS CTF 1 S, rectoscopie SASS-WOLFF. Listes et photos par e-mail : mohrdeltour@euphony.net.be
- 10056 **RADIOLOGUE** souhaite investir dans la reprise d'un service de radiologie d'une polyclinique ou d'un centre hospitalier. Ecrire au GBS, qui transmettra, à l'adresse suivante : av. de la Couronne 20 à 1050 Bruxelles – josiane-bultreys@pbs-vbs.org.
- 10057 **L'HÔPITAL DE JOLIMONT** recherche un médecin spécialiste en **MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION** pour ses lits Sp en réadaptation locomotrice. Renseignements auprès du Docteur Bruno FONTEYN, GSM 0479/41.17.38.
- 10058 **NAMUROIS** : Cabinet de radiologie privé cherche repreneur, éventuellement avec immeuble. Tél. : 0479.733.606.
- 10059 **À LOUER** : Cabinet (para-)médical spacieux et calme à louer à Namur-Salzennes avec parking privé. Tél. : 0476/42.20.93.
- 10060 **LIEGE** : Le C.H.U. de Liège (925 lits d'hospitalisation répartis sur 3 sites, 700.000 consultations sur 6 sites) recrute son **MÉDECIN-CHEF**. Membre du Comité directeur de l'Institution, il aide l'Administrateur délégué dans la gestion journalière de l'hôpital universitaire. Il est responsable de l'organisation et de la coordination générales de l'activité médicale de l'Hôpital et participe à l'intégration de l'activité médicale dans l'ensemble de l'activité hospitalière, en collaboration avec le Conseil médical, la direction du Département infirmier, les Chefs de services paramédicaux et la Pharmacie.
Tout renseignement complémentaire peut être obtenu auprès du C.H.U. : Madame Fabienne BONNET • Secrétaire du Conseil d'Administration • Tél. +32 (0)4 366 70 04 • fabienne.bonnet@chu.ulg.ac.be
Le(la) candidat(e) retenu(e) sera nommé(e) à titre définitif.
Les candidatures assorties d'un curriculum vitae complet doivent parvenir, par envoi recommandé, à l'attention du secrétaire de la Présidence du Conseil d'Administration du C.H.U. de Liège, Domaine Universitaire du Sart Tilman, Bât. 35, 4000 Liège, au plus tard pour le 3 mai 2010.
- 10062 **ST.VITH** : Klinik St. Josef à St.Vith recrute médecins tps pl. ou tps part. **SMA/SMU**. Info : Dr C. VERSCHUEREN, tél. 080/854.191 ou akutmedizin@klinik.st-vith.be

LE GBS ET ACERTA ONT CONCLU UN PARTENARIAT EN CE DÉBUT 2010

Ce partenariat est basé sur 3 grandes pistes :

1. aider et guider les médecins spécialistes nouvellement agréés à entrer dans la carrière munis d'un maximum d'informations pour assurer leur statut social et pouvoir exercer sereinement
2. informer les médecins des modifications légales de leur statut et les conseiller afin de toujours pouvoir améliorer leur situation
3. pouvoir offrir aux médecins spécialistes qui sont aussi des employeurs une information et un encadrement dans la gestion du personnel

Le GBS a choisi ACERTA en connaissance de cause. En effet ACERTA est le leader du marché belge pour la gestion du statut social des professions libérales avec près de 260.000 indépendants affiliés, soit 30% du marché.

ACERTA dispose de personnel spécialisé au service des indépendants et professions libérales dans 22 bureaux en Belgique, que ce soit pour le statut social ou la gestion des salaires des travailleurs.

Cette collaboration offrira, à n'en pas douter, une plus value dans les services offerts par le GBS à ses membres.

Table des matières

• Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (1)	1
• Nouvelle rubrique sur www.gbs-vbs.org : La Cellule information et assistance pour les candidats spécialistes – Saviez-vous que... ?	10
• Réponse du groupement professionnel des néphrologues flamands et francophones, respectivement NBVN et GNFB, au rapport 124B du KCE concernant « l'organisation et le financement de la dialyse chronique en Belgique »	13
• Lettre ouverte du Dr M. MOENS à la ministre Onkelinx à l'occasion du communiqué de presse du KCE du 23.03.2010 concernant les valves cardiaques percutanées.....	15
• Charabia administratif (publié dans « Les spécialistes » du 09.02.2010)	15
• Nomenclature : article 14, h) (ophtalmologie).....	16
• Nomenclature : article 14, j) (urologie)	17
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	17
• Nouvelle règle interprétative article 35bis, § 1er (implants).....	17
• Réunions scientifiques.....	18
• Annonces	18
• Le GBS et ACERTA ont conclu un partenariat en ce début 2010	20

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.