
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 / MARS 2002

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

MESSAGE IMPORTANT

Modifications de nomenclature au 1^{er} mars 2002

Les modifications de nomenclature prévues à l'A.R. du 27.02.2002 (cfr pp.3 et suivantes du présent bulletin) tombent sous l'application du point C.6. de l'accord médico-mutuelliste du 18.12.2000, dont le deuxième alinéa est rédigé comme suit:

"En l'absence de manifestation contraire de la volonté du médecin dans les trente jours qui suivent la publication d'une telle modification, celle-ci est toutefois considérée comme incluse dans les termes du présent accord."

L'A.R. du 27.02.2002 a été publié au Moniteur belge du 1^{er} mars 2002 pour entrer en vigueur à la même date. Les médecins conventionnés ont donc jusqu'au 31 mars au plus tard (puisque c'est Pâques, en réalité jusqu'au vendredi 29.03.2002) pour adresser par lettre recommandée une "manifestation contraire de leur volonté" au Président de la Commission Nationale Médico-Mutuelliste, en précisant clairement les modifications de nomenclature concernées.

Quelles sont les conséquences de cette démarche?

L'article 50,§6 de la loi S.S.I. précise les honoraires de la convention comme suit:

- "Ces honoraires sont déterminés par la fixation des facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives, visées à l'article 35,§1..."(c.à.d. la valeur de la lettre-clé pour calculer le tarif conventionnel à 100%)

- "...étant entendu que le médecin...détermine librement ses honoraires pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature."

Les situations suivantes sont créées par l'A.R. susmentionné pour réduire les dépenses de l'INAMI de 1.071,6 millions de FB:

-valeur réduite à 0 (p.ex. 149170/181 surveillance médicale d'une transfusion): le médecin ayant notifié la "manifestation contraire de sa volonté" peut toujours porter en compte l'honoraire tel qu'il était prévu par la convention (en attestant le numéro de code nomenclature concerné, toutefois remboursé à 0 euro);

-valeur diminuée (p.ex. -10% pour l'épreuve d'effort 475812/823): le médecin ayant notifié la « manifestation contraire de sa volonté » peut toujours porter en compte l'honoraire tel qu'il était prévu par la convention (en attestant le numéro de code nomenclature concerné, toutefois avec un remboursement diminué);

-prestation supprimée (p.ex. ponction intra-articulaire 355390/401): le médecin est libre de fixer le montant des honoraires (sans mentionner le code sur l'attestation de soins; aucun remboursement pour le patient).

Moyennant respect du délai de notification par lettre recommandée, la manifestation contraire de votre volonté, produit ses effets jusqu'à la fin de l'année 2002. Vous pouvez toujours actualiser votre démarche par la suite, p.ex. lorsque la nomenclature subit une nouvelle adaptation. On sait dès à présent qu'un nouveau train d'économies pour une valeur de 605,1 millions de FB arrivera sans doute au 1.05.2002, comportant notamment des diminutions procentuelles sur l'EEG, l'EMG, l'ECG, le Holter, la gingivectomie et la tympanoscopie.

Le médecin ayant ainsi notifié son objection, reste conventionné aux mêmes conditions qu'auparavant et conserve ses droits sur le plan du statut social.

Bien entendu, si vous n'êtes pas conventionné, vous ne devez rien faire. Vous êtes libre de fixer vos honoraires.

Que faut-il écrire?

Au Président de la
Commission Nationale Médico-Mutuelliste
INAMI
Av. de Tervuren 211
1150 Bruxelles

RECOMMANDEE

Localité, .. mars 2002
(de préférence *au plus tard le vendredi 29.03.2002*)

Monsieur le Président,

Concerne: A.R. du 27.02.2002 portant modification de la nomenclature des prestations de santé, publié au Moniteur belge du 1er mars 2002.

Par la présente je notifie mon opposition aux dispositions de l'A.R. susmentionné en faisant référence au point C.6.,2^e alinéa de la Accord Médico-Mutuelliste du 18.12.2000, en ce qui concerne mes prestations.

Je continuerai à porter en compte les honoraires relatifs aux prestations susvisées au montant applicable jusqu'au 28.02.2002. Conformément aux stipulations de l'Accord du 18.12.2002, je conserve mes droits au statut social 2002.

Veillez croire,

Dr..... N° INAMI:.....

Spécialité:

Adresse:

Date et signature

NB. (pour les médecins hospitaliers) n'oubliez pas de transmettre une copie au service de facturation.

NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTE

Modifications de nomenclature à partir du 1^{er} mars 2002

Nous reproduisons ci-après le texte intégral de l'A.R. du 27 février. Les portions de texte en italique sont des commentaires ou des explications que nous vous livrons.

27 FEVRIER 2002. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 1.3.2002)

[...]

Article 1^{er}. A l'article 1^{er}, § 4bis, 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, modifié par les arrêtés royaux des 13 novembre 1989, 22 janvier 1991, 19 décembre 1991 et 1^{er} juin 2001, sont apportées les modifications suivantes :

A. au A, c), les mots « (à l'exclusion du sondage vésical et du tubage gastrique) » sont supprimés.

B. au B, 2, h), les termes « aux articles 11 et 20 » sont remplacés par les termes « à l'article 20 ».

(N.B. : il s'agit ici exclusivement d'une adaptation du texte des dispositions relatives à la présence physique, suite à la suppression des prestations dans les art. 2 et 3 ci-après)

Art. 2. A l'article 3, § 1^{er}, A, I, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 22 mars 1988, 23 octobre 1989 et 1^{er} juin 2001, sont apportées les modifications suivantes :

A. les prestations 112232-112243, 113035-113046, et 149192-149203 sont supprimées;

(N.B. : suppression du tubage gastrique et du cathétérisme vésical; ces prestations sortent ainsi du cadre de la nomenclature. Idem pour le supplément pour déleucocytation au lit du patient lors d'une transfusion de sang; le numéro 149170/181 – voir infra – surveillance médicale lors de la transfusion proprement dite est conservé mais la valeur est fixée à 0; cette dernière prestation ne peut donc pas être facturée au patient dans le cadre de la convention. Sous le point B ci-après, l'interdiction du cumul du cathétérisme vésical avec une série de prestations urologiques est logiquement aussi supprimée)

La valeur relative de la prestation 149170-149181 est portée de K 25 à K 0;

B. la règle d'application qui suit la prestation 113035-113046 est supprimée.

Art. 3. A l'article 11 de la même annexe, au § 4 modifié par les arrêtés royaux des 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 2 septembre 1992, 12 août 1994, 18 février 1997, 9 octobre 1998 et 8 décembre 2000 et au § 5, inséré par l'arrêté royal du 5 septembre 2001, sont apportées les modifications suivantes :

A. au § 4,

1. la prestation 355390-355401 est supprimée.

2. dans le libellé de la prestation 355913-355924, le numéro de code « 355390-355401 » est supprimé.

B. au § 5, le numéro de code 355390-355401 est supprimé.

(N.B. : suppression de la ponction articulaire, qui sort ainsi du cadre de la convention; idem pour le supplément d'honoraires pour l'exécution sous contrôle échographique ou radiographique. Le § 5 est la liste des prestations avec une valeur relative majorée de 13 % effectuées chez des enfants de moins de 7 ans)

Art. 4. A l'article 12 de la même annexe, au § 1^{er}, a), modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 22 janvier 1991, 10 juillet 1996 et 18 février 1997 et au § 3, 6^o, modifié par les arrêtés royaux des 22 janvier 1991 et 18 février 1997, sont apportées les modifications suivantes : **(N.B. : réaménagement de la nomenclature d'anesthésie pour les prestations interventionnelles)**

A. au § 1^{er}, a),

1. dans le libellé de la prestation 200012-200023, la valeur « I 1000 » est remplacée par « I 1500 »;

2. dans le libellé de la prestation 200034-200045, les valeurs « I 1000 » et « I 850 » sont respectivement remplacées par les valeurs « I 1500 » et « I 1000 »;

3. dans le libellé de la prestation 200056-200060, les valeurs « I 850 » et « I 750 » sont respectivement remplacées par les valeurs « I 1000 » et « I 850 »;

4. dans le libellé de la prestation 200071-200082, les valeurs « I 750 » et « I 650 » sont respectivement remplacées par les valeurs « I 850 » et « I 750 »;

5. dans le libellé de la prestation 200093-200104, les valeurs « I 650 » et « I 500 » sont respectivement remplacées par les valeurs « I 750 » et « I 600 »;

6. dans le libellé de la prestation 200130-200141, les valeurs « I 500 » et « I 450 » sont respectivement remplacées par les valeurs « I 600 » et « I 550 »;

7. dans le libellé de la prestation 200152-200163, les valeurs « I 450 » et « I 400 » sont respectivement remplacées par les valeurs « I 550 » et « I 450 »;

8. dans le libellé de la prestation 200196-200200, les valeurs « I 400 » et « I 300 » sont respectivement remplacées par les valeurs « I 450 » et « I 350 »;

9. dans le libellé de la prestation 200211-200222, les valeurs « I 300 » et « I 200 » sont respectivement remplacées par les valeurs « I 350 » et « I 250 »;

10 dans le libellé de la prestation 200255-200266, la disposition « ou I 200 » est supprimée.

B. au § 3, 6^o, à l'alinéa b), il est inséré un point 4 rédigé comme suit : « 4. pour la prestation percutanée interventionnelle 589094-589105 ».

Art. 5. A l'article 14 de la même annexe, au g) modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 7 décembre 1989, 22 janvier 1991, 31 août 1998, 9 octobre 1998 et 29 avril 1999 et au j) modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 31 août 1988, 23 octobre 1989 et 22 janvier 1991, sont apportées les modifications suivantes :

A. au g),

la prestation 432272-432283 est supprimée. **(N.B. : enregistrement graphique des signaux foeto-maternels; la prestation sort du cadre de la convention)**

B. au j), **(N.B. : urologie : conséquence logique de la suppression du cathétérisme vésical – voir art. 2)**

1. la règle d'application qui suit la prestation 260315-260326 est supprimée.

2. la deuxième règle d'application qui suit la prestation 261995-262006 est supprimée.

3. dans la règle d'application qui suit la prestation 262371-262382, les numéros de code « 260330-260341, 260352-260363 et 113035-113046 » sont remplacés par les numéros de code « 260330-260341 et 260352-260363 ».

Art. 6. A l'article 17, § 1^{er}, de la même annexe, au 3^o modifié par les arrêtés royaux des 9 octobre 1998 et 30 mai 2001, au 4^o modifié par l'arrêté royal du 25 juillet 1994, au 7^o modifié par l'arrêté royal du 9 octobre 1998, au 11^o modifié par les arrêtés royaux des 31 août 1998 et 30 mai 2001 et au 12^o modifié par les arrêtés royaux des 25 juillet 1994, 7 août 1995, 31 août 1998, 29 avril 1999 et 30 mai 2001, sont apportées les modifications suivantes :

A. au 3^o, (**N.B. : radiologie appareil digestif**)

dans le libellé de la prestation 451010-451021, les numéros 451312-451323, 451356-451360, 451393-451404, 451430-451441, 451474-451485, 451511-451522, 451710-451721, 451754-451765, 451813-451824, 451894-451905 sont insérés dans la liste. (**N.B. : extension de l'interdiction de cumul**)

B. au 4^o, (**N.B. : radiologie système respiratoire – Rx thorax**)

la règle d'application suivante est insérée après la prestation 452712-452723 :

« Les prestations 452690-452701 et 452712-452723 ne peuvent être remboursées en préopératoire pour des assurés de moins de 45 ans qu'en présence d'une affection cardiorespiratoire sévère, dont le classement ASA doit être gardé dans le dossier médical. »

C. au 7^o, (**N.B. : radiologie système ostéo-articulaire – Rx crâne, face, sinus, etc.**)

la règle d'application suivante est insérée après la prestation 455630-455641 :

« La prestation 455630-455641 lors d'un traumatisme n'est remboursée qu'en cas de traumatisme facial majeur ou pour les enfants de moins de 5 ans. »

D. au 11^o, (**N.B. : tomographies par ordinateur**)

a) la règle d'application suivante est insérée après la prestation 458673-458684 :

« La prestation 458673-458684 lors d'un traumatisme n'est remboursée que dans une des situations suivantes :

1. Symptômes neurologiques généralisés ou focaux.
2. Lacération jusque sur l'os ou de plus de 5 cm.
3. Histoire ou examen inadéquat (épilepsie, alcool, enfant, etc...)
4. Suspicion de lésion intentionnelle ou fontanelle bombante chez l'enfant de moins de 5 ans.
5. Suspicion de corps étranger ou lésion crânienne pénétrante.
6. Fracture crânienne ou diastase sur RX du crâne ou perte de liquide céphalo-rachidien par écoulement nasal ou perte de liquide céphalo-rachidien ou de sang par écoulement auriculaire. »

b) la première règle d'application qui suit la prestation 458872-458883 est supprimée. (**N.B. : suppression de la règle d'application CT du crâne**)

E. au 12^o, (**N.B. : Radiologie – "Divers" – ajouts à la liste des honoraires de consultance**)

dans les règles d'application qui suivent la prestation 460670, dans le deuxième alinéa, les numéros 460633, 460655 et 460773 sont insérés.

Art. 7. A l'article 17bis, au § 1^{er} de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 22 octobre 1992, 25 juillet 1994, 18 février 1997, 31 août 1998, 9 octobre 1998 et 30 mai 2001 et au § 2, modifié par les arrêtés royaux des 22 octobre 1992, 25 juillet 1994 et 18 février 1997 sont apportées les modifications suivantes : (**N.B. : échographie**)

A. au § 1^{er}, (**échographies cardiovasculaires**)

1. dans le libellé des prestations 460353-460364 et 460633-460644, les termes « et/ou des vaisseaux des membres » sont supprimés.

2. les prestations et la règle d'application suivantes sont insérées après la prestation 460633-460644 :

« 460655-460666

Examen duplex des vaisseaux des membres, comportant une image échographique et Doppler avec analyse de la fréquence des signaux, avec protocole et extraits N 60

461156 / 160 Examen duplex des vaisseaux des membres, comportant une image échographique et Doppler avec analyse de la fréquence des signaux, avec protocole et extraits, avec enregistrement en couleur N 60

Les prestations 460655-460666 et 460773-460784 ne peuvent être facturées qu'une seule fois par année civile sauf s'il existe une nouvelle indication diagnostique.

B. au § 2, (**ajouts à la liste de la règle d'application "Par jour et par patient, les médecins de la même spécialité ne peuvent porter en compte qu'une seule des prestations"**)

dans le premier alinéa, les numéros 460655-460666 et 460773-460784 sont insérés.

Art. 8. A l'article 17ter, A, de la même annexe, au 4°, modifié par l'arrêté royal du 25 juillet 1994, la règle d'application suivante est insérée après la prestation 463713-463724 :

(N.B. : radiologie connexe – Rx thorax)

« Les prestations 463691-463702 et 463713-463724 ne peuvent être remboursées en préopératoire pour des assurés de moins de 45 ans qu'en présence d'une affection cardiorespiratoire sévère, dont le classement ASA doit être gardé dans le dossier médical. »

Art. 9. A l'article 18, § 1^{er}, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 19 décembre 1991, 10 juillet 1996, 9 octobre 1998 et 19 avril 2001, § 2, B, modifié par les arrêtés royaux des 9 janvier 1985, 22 janvier 1991, 19 décembre 1991, 7 août 1995, 28 septembre 1995, 18 février 1997, 31 août 1998 et 29 avril 1999, sont apportées les modifications suivantes :

A. Au § 1^{er}, (**Radiothérapie**)

le point « B. Autres traitements » est supprimé.

B. Au § 2, B, (**Médecine nucléaire**)

1. au b),

a) dans le libellé de la prestation 442411-442422, la disposition « , autre que celles citées sous les numéros 442433-442444 ou 442470-442481 » est supprimée.

b) les prestations 442433-442444 et 442470-442481 sont supprimées.

2. au c),

la dernière règle d'application qui suit la prestation 442610-442621 est remplacée par la disposition suivante :

« Lorsque la même administration du même produit marqué en vue de la réalisation du test 442610-442621 permet d'effectuer en plus des prestations scintigraphiques ou tomoscintigraphiques prévues sous les numéros 442411-442422, 442455-442466, 442396-442400, 442514-442525 ou 442595-442606, aucun honoraire pour cette prestation scintigraphique ou tomoscintigraphique supplémentaire ne peut être porté en compte. »

3. l'alinéa d)quater est remplacé par les dispositions suivantes :

« d)quater

442971 - 442982 Tomographie à positrons par détection en coïncidence avec protocole et documents, pour l'ensemble de l'examen N 1150

1. a) dans l'évaluation en vue d'une intervention chirurgicale curative d'un nodule pulmonaire isolé de nature indéterminée;

b) en cas d'évaluation d'une masse résiduelle ou en cas de présomption objectivée d'une récurrence d'une tumeur maligne cérébrale ou buccale ou pharyngée;

c) examen du corps entier dans le cas du bilan initial d'extension d'une tumeur maligne pulmonaire non à petites cellules, d'une tumeur maligne de l'oesophage ou du pancreas, d'un mélanome malin de stade IIc ou supérieur selon la classification AJCC, d'un lymphome malin hodgkinien ou non hodgkinien de grade intermédiaire ou de haut grade, si l'action thérapeutique notamment sous la forme d'une intervention chirurgicale à visée curative est influencée de manière décisive par l'examen;

d) examen du corps entier dans le cas de l'évaluation d'une masse résiduelle ou en cas de présomption objectivée d'une récurrence d'un mélanome malin, d'une tumeur maligne pulmonaire non à petites cellules, d'une tumeur maligne colo-rectale, lymphomateuse, pancréatique ou ovarienne.

Un enregistrement des données oncologiques doit être gardé dans le dossier médical et être à disposition du médecin-conseil lorsque celui-ci le demande.

Dans chacune des indications ci-dessus, la prestation 442971-442982 ne peut être portée en compte qu'une seule fois par période de 12 mois pour la même indication chez le même patient porteur de la même pathologie.

Si l'action thérapeutique est influencée de manière décisive par un nouveau bilan, une seule répétition de la prestation 442971 - 442982 peut être portée en compte pendant cette période de 12 mois pour la même indication chez le même patient porteur de la même pathologie. Une motivation claire doit être reprise dans le dossier médical et rester à la disposition du médecin- conseil lorsque celui-ci la demande.

Si l'action thérapeutique est influencée de manière décisive par la prestation 442971-442982, aucune des prestations 442411-442422, 442396-442400, 442455-442466, 442514-442525, 442595-442606 effectuée pour un examen scintigraphique ou tomoscintigraphique osseux, hépatique, cérébral ou au Gallium ne peut être portée en compte au cours d'une période de 12 mois pour la même indication chez le même patient porteur de la même pathologie.

Si l'action thérapeutique est influencée de manière décisive par une scintigraphie ou une tomoscintigraphie osseuse, hépatique, cérébrale ou au Gallium portée en compte sous un des numéros 442411-442422, 442396-442400, 442455-442466, 442514-442525, 442595-442606, ces prestations ne sont pas cumulables entre elles ni avec la prestation 442971-442982 au cours d'une période de 12 mois pour la même indication chez le même patient porteur de la même pathologie, sauf si une motivation claire est incluse dans le dossier médical, restant à la disposition du médecin -conseil lorsque celui-ci la demande.

La prestation 442971-442982 n'est cumulable qu'avec une seule des prestations techniques des articles 17, 17bis ou 17ter, au cours d'une période de 12 mois pour la même indication chez le même patient porteur de la même pathologie.

2. Si, dans le cas d'une insuffisance coronarienne documentée complètement et récemment, une intervention chirurgicale est prévue et qu'un doute subsiste encore quant à la viabilité de la partie du myocarde concernée.

3. Si l'action thérapeutique sous la forme d'une intervention chirurgicale est influencée de manière décisive lors de la localisation d'un foyer épileptogène en cas d'épilepsie résistante à la thérapie.

Les examens exécutés avec un scintigraphe à coïncidence planaire (gammacamera) ne peuvent être portés en compte sous le numéro de code 442971-442982. »

4. Au d)quinquies, dans le premier alinéa, les numéros de code 442433-442444 et 442470-442481 sont supprimés.

Art. 10. A l'article 20, § 1^{er} e) de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 7 décembre 1989, 7 juin 1991, 19 décembre 1991, 2 septembre 1992, 25 juillet 1994, 12 août 1994, 10 juillet 1996, 18 février 1997, 9 octobre 1998 et 8 décembre 2000, la valeur relative de la prestation 475812-475823 est portée à « K 30 »

(Réduction de l'épreuve d'effort ou d'hypoxie)

Art. 11. A l'article 26, § 10, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 7 juin 1991, 22 octobre 1992, 25 juillet 1994, 18 février 1997 et 8 décembre 2000, les numéros 460633-460644, 460655-460666 et 460773-460784 sont insérés.

(Ajout de nouveaux numéros d'échographies cardiovasculaires à la liste des prestations pour lesquelles il est permis de porter en compte des honoraires d'urgence. Attention au code 460773/784 qui devrait être modifié dans les prochains jours)

Art. 12. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} mars 2002.

Art. 13. Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 27 février 2002.

MESURES EN MATIERE DE SOINS DE SANTE

Toute l'année 2001 durant, le projet de loi sur les "soins de santé" a été le principal objet des joutes juridiques entre le cabinet des Affaires sociales (lisez: quartier général du Cartel, avec VDB himself comme P.R. manager) et le corps médical. Il se trouvait d'ailleurs à l'avant-plan des actions médicales en automne dernier, même si cela n'apparaissait pas clairement pour tous, compte tenu de l'acuité des mesures budgétaires et d'économie imposées.

C'est pourtant à cette même époque que le projet de loi arriva à la Chambre où elle fut approuvée, sans un soupçon d'opposition bleue, majorité contre minorité, le 29.11.2001. Il s'est vu réserver le même sort, lors de l'évocation par le Sénat, le 13.12.2001, un seul sénateur, médecin, s'étant abstenu, en grande partie pour les mêmes raisons que les nôtres. C'est précisément au même moment que le CTM fut contraint de laisser tomber pour la dernière fois (en 2001) la hache budgétaire sur 40 millions d'euros d'économies à réaliser. Néanmoins, il a fallu attendre jusqu'au 22 février 2002 pour voir le texte publié au Moniteur. Y avait-il une dernière hésitation? Pour aiguïser davantage la hache budgétaire?

Nous reprenons ci-après les principaux articles du chapitre concernant l'assurance soins de santé, dont les conséquences pour l'avenir professionnel des médecins sont très importantes. Le volet hospitalier, tout aussi volumineux, a quant à lui déjà fait l'objet de commentaires, notamment en ce qui concerne les dispositions relatives aux tarifs d'honoraires et les suppléments (cf. "Le Médecin spécialiste" N°1 – janvier 2002), et le nouveau §5 de l'article 140 de la loi sur les hôpitaux par lequel tout accord financier entre le gestionnaire et le Conseil médical s'impose nonobstant toute stipulation des contrats individuels des médecins (cf. Rapport annuel GBS 2001, dd.02.02.2002 Dr M. MOENS – Numéro spécial "le Médecin spécialiste", mars 2002, IX.4. et suivants).

Le texte en italiques ci-après donne quelques brefs commentaires et éclaircissements.

**14 JANVIER 2002. - Loi portant des mesures en matière de soins de santé (M.B. du 22.2.2002)
(extraits)**

TITRE II. - Affaires sociales et pensions

CHAPITRE 1^{er}. - Modifications de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et de la loi du 16 décembre 1851 sur la révision du régime hypothécaire

Section 1^{re}. - Relations avec le corps médical

Art. 3. L'article 36bis, § 1^{er}, de la même loi, inséré par la loi du 10 décembre 1997, est complété par l'alinéa suivant :

« Le Roi peut, selon la procédure susvisée, fixer les règles pour le financement du fonctionnement des organes responsables de l'organisation de l'accréditation d'une part, et des groupes locaux d'évaluation médicale d'autre part. Il peut déterminer les conditions dans lesquelles la partie de l'intervention forfaitaire visée à l'article 50, § 6, dernier alinéa, à fixer par Lui, sera utilisée pour le financement. ».

(Les autorités prévoient la possibilité d'affecter une partie du forfait annuel de 20.000 FB au frais de fonctionnement de l'accréditation)

Art. 4. L'article 50bis, de la même loi, inséré par la loi du 22 février 1998 et remplacé par la loi du 25 janvier 1999 est abrogé.

(L'article 50bis de la loi SSI relatif aux honoraires maxima et aux suppléments –c.à.d. la loi dite "Vermassen-Lenssens" - disparaît. Il est remplacé par une série d'adaptations de la loi sur les hôpitaux, notamment les art. 84, 85, 109 et 114 de la nouvelle loi, qui doivent être lus ensemble. Cf. "Le Médecin Spécialiste n°1, janvier 2002)

Section 2. - Dispositions financières

(affinements des "clignotants". Inutile d'espérer que le gouvernement abandonne ses conceptions arrêtées en matière de politique budgétaire. La valse continue.)

Art. 7. A l'article 51 de la même loi, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 10 décembre 1997, 25 janvier 1999, 24 décembre 1999, 12 août 2000 et 2 janvier 2001, et par l'arrêté royal du 25 avril 1997 sont apportées les modifications suivantes :

1° dans le § 2, alinéa 5, la phrase « Les réductions fixées par le Conseil général correspondent au dépassement sur une base annuelle constaté par rapport à l'objectif budgétaire partiel » est remplacée par la disposition suivante : « Les réductions fixées par le Conseil général correspondent au dépassement sur une base annuelle attendu ou constaté par rapport à l'objectif budgétaire partiel. »;

2° le § 4 est complété par les alinéas suivants, libellés comme suit :

« Dès que, conformément à l'article 40, § 3, les objectifs budgétaires partiels d'un exercice suivant sont fixés et qu'un dépassement significatif ou un risque de dépassement significatif est constaté sur la base des données de l'exercice en cours ou d'une partie de cet exercice, la Commission de Contrôle budgétaire examine si un dépassement ou un risque de dépassement est attendu au cours de l'exercice suivant.

Le budget global de moyens financiers pour certaines prestations visées à l'article 34 est assimilé, pour l'application des dispositions prises en exécution de l'alinéa 1^{er}, à un objectif budgétaire partiel, sauf pour les budgets globaux qui font partie d'un objectif budgétaire partiel fixé conformément à l'article 40, § 3. »;

3° dans le § 5, les mots « du rapport visé au § 3, alinéa 6 » sont remplacés par les mots « du rapport visé au § 3, alinéas 2 et 6 ».

Art. 8. Dans l'article 53 de la même loi, modifié par les lois des 22 février 1998, 25 janvier 1999 et 24 décembre 1999, l'alinéa suivant est inséré entre les alinéas 7 et 8 :

« Le Roi peut fixer les conditions et les modalités de paiement de l'intervention de l'assurance au bénéficiaire ou à ses représentants. Il peut également préciser quelles sont les personnes qui ne peuvent agir en qualité de représentant. »

(Une notion nouvelle: celle de "représentants du bénéficiaire" et d' "exclusion comme représentant". Soulignons que la disposition s'insère immédiatement après la base juridique du système du tiers-payant.)

Art. 9. A l'article 56bis de la même loi, inséré par l'arrêté royal du 25 avril 1997, sont apportées les modifications suivantes :

1° Le § 1^{er} est remplacé par la disposition suivante :

« Par dérogation aux dispositions de la présente loi coordonnée et de ses arrêtés d'exécution, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, après avis du Conseil général et de la Commission de conventions ou d'accords concernée, fixer annuellement un budget global de moyens financiers pour les prestations de l'article 34 qu'il détermine et qui sont dispensées à des bénéficiaires admis dans les établissements hospitaliers qu'il désigne et qui sont visés à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987. »

2° Dans le § 4, les mots « par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et dans le respect des procédures existantes » sont remplacés par les mots « après avis du Comité de l'assurance ».

(L'instauration éventuelle d'un budget global hospitalier ne nécessite plus le respect des accords, ni des procédures de consultation existantes. But: la liberté décisionnelle totale de l'exécutif. La CNMM n'a plus qu'un simple "avis" sur cette matière. En outre, puisqu'un A.R. désigne les hôpitaux auxquels ces dispositions s'appliquent, on peut s'attendre à des applications d'un budget global privilégié, à certains hôpitaux privilégiés, probablement universitaires. A défalquer, bien entendu, du budget des soins médicaux et/ ou autres).

Art. 10. L'article 59 de la même loi, modifié par les lois des 12 août 2000, 2 janvier 2001 et 19 juillet 2001, est complété par l'alinéa suivant, libellé comme suit :

« Les mécanismes de correction et les réductions visés à l'article 51, §§ 2 et 3, sont applicables, que l'incorporation visée au présent article ait lieu ou non. »

(Les clignotants s'appliquent même si les récupérations sur les honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale sont appliquées)

Art. 11. Un article 64bis, rédigé comme suit, est inséré dans la même loi :

(En cas d'incorporation de prestations dans le budget hospitalier, seule la partie restant donne lieu à remboursement. Les tarifs de cette partie ne sont plus fixés par convention, mais par le ministre. Ces dispositions pourraient être considérées comme complémentaires à celles du budget global des hôpitaux universitaires. Mais rien n'empêche l'application à d'autres ou à tous les

hôpitaux. Dans ce cas, plus de convention; des tarifs légaux seront appliqués. Bref, sur le plan juridique, l'étatisation est prête. On cherche désespérément la composante libérale de la politique de santé.)

« Art. 64bis. Pour les prestations remboursées entièrement ou partiellement par le budget des moyens financiers visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, aucune intervention de l'assurance ne peut être accordée, sauf pour la partie non remboursée par le budget précité et sans préjudice de l'application de l'article 100 de la loi précitée.

Le Roi modifie, après avis du Comité de l'assurance, les honoraires, prix, tarifs de remboursement ou autres montants, fixés réglementairement sont remboursées par le budget visé à l'alinéa 1^{er}.

Le Roi peut fixer des règles plus précises pour l'application de la présente disposition. »

[...]

Section 3. - Dispositions administratives

Art. 19. L'article 138 de la même loi, modifié par la loi du 20 décembre 1995, est remplacé par la disposition suivante :

« L'organisme assureur établit, de sa propre initiative ou à la demande des services de contrôle de l'Institut, ou à la demande des services de contrôle de l'Institut, au moyen des données conservées ou traitées par voie électronique, des listes qui contiennent les informations nécessaires à l'identification complète des prestations d'une part portées en compte, d'autre part remboursées par l'assurance soins de santé.

Après authentification par un mandataire de l'organisme assureur agréé par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif, ces listes font foi jusqu'à preuve du contraire, également à l'égard de tiers.
»

(Les données électroniques des mutuelles concernant les prestations facturées et remboursées font foi jusqu'à preuve du contraire. Donc également vos données de profil? En cas de litige ou de contestation devant les instances de contrôle, cela entraîne le renversement de la charge de la preuve. L'électronique peut également avoir des conséquences juridiques.)

Art. 20. L'article 140, alinéa 6, de la même loi est remplacé par l'alinéa suivant :

« Le Comité délibère valablement lorsque, outre le président ou un vice-président, au moins la moitié des membres visés à l'alinéa 1^{er}, 2^o, 3^o et 4^o, sont présents ainsi que la moitié des membres visés à l'alinéa 1^{er}, 5^o à 21^o, lors de l'examen des questions qui intéressent directement le groupe qui les a présentées. Pour vérifier que le quorum est atteint, tout membre régulièrement convoqué et absent sans justification admise par le président de séance est compté au nombre des participants. Il est réputé s'abstenir lors du vote des décisions. »

(Le Comité du Service de Contrôle médical. Les absents ont toujours eu tort. Selon la nouvelle culture juridique: absence ou abstention, c'est le même. Le législateur prévoit donc deux sortes d'abstentions: l'abstention simple et celle par absence. Ou abstinence?)

Art. 21. L'article 141, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 13^o, b), de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1999, est remplacé par le texte suivant :

« b) la publication de ses décisions et la jurisprudence des Chambres restreintes, des Commissions d'appel et de la Commission de contrôle. »

(C'est une suite de nos contestations à ce sujet. Le service du Contrôle médical disposait jusqu'à présent du quasi-monopole de l'information, ce qui, à notre avis, portait atteinte aux droits de la défense, voire plus que cela: n'était-ce pas là, en plus d'une arme secrète, une façon de maintenir les infractions par ignorance? Espérons donc que le principe légal nouveau sera appliqué comme il se doit, pour davantage de sécurité juridique. Cela suppose la possibilité d'organiser le feed-back nécessaire vers le groupe professionnel concerné, une mission dont nous nous chargerions volontiers. Non sans veiller à rendre anonymes les données personnelles).

Art. 22. A l'article 145, § 2, de la même loi, modifié par la loi du 28 décembre 1999, les alinéas 1^{er} au 2 sont abrogés.

(Cet article concerne la procédure des Commissions de Contrôle chargées de la répression des infractions à l'art. 73, à savoir, la surconsommation, la prescription ou l'exécution de prestations inutiles ou inutilement onéreuses. La seule disposition du §2 qui subsiste, dit que la Commission de Contrôle ou d'Appel peut avoir recours à des experts. La défense ne devrait-elle pas pouvoir le faire également?)

Art. 23. L'article 147 de la même loi est complété par l'alinéa suivant :

« Les pharmaciens inspecteurs ont également pour mission de vérifier la bonne exécution des contrôles confiés aux médecins-conseils en rapport avec le remboursement des spécialités pharmaceutiques et des préparations magistrales. »

Art. 24. L'article 164, alinéa 3, de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1999, est complété comme suit :

« Elles bénéficient du privilège visé à l'article 19, 4°, alinéa 1^{er}, de la loi hypothécaire du 16 décembre 1851. »

(Concerne la récupération de prestations payées indûment. L'exposé des motifs explique de manière laconique: "...a pour objet de donner un caractère privilégié aux créances de l' INAMI et des organismes assureurs".)

Section 4. - Récupération de prestations payées indûment

Art. 27. L'article 19, 4°, alinéa 1^{er} de la loi hypothécaire du 16 décembre 1851, abrogé par la loi du 12 avril 1965, est rétabli dans la rédaction suivante :

« 4° les créances de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et celles des organismes assureurs définis à l'article 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, pour les prestations de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités ou de l'assurance maternité versées indûment. »

Art. 28. Dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est inséré un article 173bis rédigé comme suit :

« Art. 173bis. Si le Service du contrôle médical ou le service du contrôle administratif, de sa propre initiative ou après communication par un organisme assureur, constate qu'un dispensateur de soins, malgré un avertissement écrit, porte en compte indûment des prestations ou les fait porter en compte par des tiers, ce dispensateur de soins est redevable d'une indemnité compensatoire, conformément aux conditions et modalités à fixer par le Roi et sans préjudice des sanctions et récupérations mentionnées au titre VII de la présente loi.

Cette indemnité est due pour des constats de fautes qui ne concernent pas exclusivement le non-respect des instructions concernant la transmission des données de facturation sur support magnétique, arrêtées par le Comité de l'assurance en application des dispositions de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Cette indemnité s'élève à 20 % du montant porté en compte erronément pour une première constatation et à 50 % du montant porté en compte erronément en cas de répétition au cours d'une période de deux ans.

Le Roi détermine la destination et le mode de comptabilisation des indemnités perçues, ainsi que la part éventuellement versée à l'organisme assureur. »

(Cette disposition vise pleinement à renforcer le régime d'exception des poursuites par le Service du Contrôle médical. Une "indemnité compensatoire" de 20% -50% en cas de récidive- est introduite, pour des montants portés en compte erronément, tout en prévoyant une prime "de chasse" pour l'organisme assureur. Qui croyait que les chasseurs de primes n'existent qu'au Far West?)

Attention: "l'indemnité" vaut pour tous "constats" de faute (non définie clairement), commise après un premier avertissement écrit. Du Kafka au carré.

L'exposé des motifs illustre bien la très démocratique conception du législateur quant aux droits de la défense, puisque non satisfait du simple remboursement des montants erronés, il considère que les sanctions existantes sont très insuffisantes: " ...Les sanctions pénales (amendes à prononcer par le tribunal de police) et autres sanctions dont il est question...ne sont pas adéquates, vu la lourdeur de la procédure... Une telle situation est inadmissible. Elle engendre de la frustration auprès des services de contrôle...". Et il ajoute in fine: "Les modalités selon lesquelles les faits sont constatés et l'indemnité est perçue, doivent être précisées par le Roi".

Que veut-on finalement? Imposer le remboursement sur simple "constat" et infliger d'emblée "l'indemnité" compensatoire (qui n'est pas une sanction au sens légal du terme, même si elle est plus lourde que les "sanctions existantes" –comme le dit si bien l'exposé des motifs!), sans qu'aucun moyen de défense ne soit laissé audit contrevenant?)

CONSENTEMENT ECLAIRE

LA COUR DE CASSATION REJETTE LE RENVERSEMENT DE LA CHARGE DE LA PREUVE

Résumé : un gynécologue avait introduit une action en appel contre un arrêt qui lui est défavorable et selon lequel il n'aurait pas recueilli "le consentement éclairé" de la patiente et du conjoint de celle-ci concernant une intervention (stérilisation). La patiente avait pourtant signé une déclaration écrite dans laquelle elle donnait son consentement et déclarait avoir été informée des conséquences irréversibles de l'intervention.

La Cour d'appel avait statué que le médecin est légalement et contractuellement tenu de l'obligation d'informer puis d'obtenir le consentement libre et éclairé de son patient et qu'il doit prouver l'exécution de cette obligation. L'allégation selon laquelle il a recueilli le "consentement éclairé" n'a par conséquent pas été jugée suffisante.

La Cour de cassation rejette ce renversement de la charge de la preuve. Il revient à la partie ayant introduit une demande fondée sur une infraction de prouver que les éléments constitutifs de celle-ci sont réunis.

Cet arrêt constitue une assez bonne nouvelle pour les médecins. Ces dernières années, les tribunaux avaient de plus en plus tendance à affirmer que c'est au médecin de démontrer qu'il a préalablement clairement informé le patient et que, c'est en connaissance de cause que le patient a donné son consentement.

La Cour de Cassation vient de dire que cela n'est pas nécessairement (toujours) le cas. On ne peut cependant déduire de cet arrêt que la charge de la preuve n'incomberait jamais au médecin. Un formulaire de consentement éclairé signé par le patient ou des annotations écrites dans le dossier du médecin traitant restent des éléments indispensables.

Nous reproduisons ci-après le texte original de l'arrêt.

Numéro : JC01CE2_1, **Date :** 2001-12-14, **Juridiction :** COUR DE CASSATION, SECTION FRANCAISE, 1E CHAMBRE, **Siège :** MARCHAL, **Rapporteur :** STORCK, **Min. Public :** DU JARDIN, **Numéro de rôle :** 980469F

N° C.98.0469.F

M. A.

demandeur en cassation d'un arrêt rendu le 30 avril 1998 par la cour d'appel de Liège,

représenté par Maître Cécile Draps, avocat à la Cour de cassation, dont le cabinet est établi à Liège, boulevard Emile de Laveleye, 14, où il est fait élection de domicile,

contre

1. L. N. et

2. D. M. b. K. b. M., son époux,

défendeurs en cassation.

LA COUR,

Oùï Monsieur le conseiller Storck en son rapport et sur les conclusions de Monsieur du Jardin, procureur général;

Vu l'arrêt attaqué, rendu le 30 avril 1998 par la cour d'appel de Liège;

Attendu que le défendeur ci-dessus qualifié s'identifie avec le nommé M. B. en cause de qui a été rendu l'arrêt;

Sur le premier moyen, pris de la violation des articles 22, 23 de la Constitution, 2, 3, 5, 8, 14 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, 3, 6, 7, 9, 16 et 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, fait à New York le 19 décembre 1966, approuvé par la loi du 15 mai 1981,

en ce que l'arrêt condamne le demandeur à payer aux défendeurs respectivement les sommes de 240.000 francs et de 60.000 francs à titre de dommages et intérêts pour le préjudice moral qui aurait été causé à ceux-ci, pour tous ses motifs réputés ici intégralement reproduits et spécialement aux motifs "qu'il n'est ni contesté ni contestable que (le défendeur) n'a pas donné son consentement à la ligature des

trompes, ce qui, d'une part, devait déjà alerter (le demandeur) sur une possible non-adhésion du couple et l'inciter à rencontrer les deux époux et, d'autre part, en tout état de cause, ne lui permettait pas de passer outre (à) cette absence de deux consentements; qu'il doit y avoir un concours de deux volontés; qu'en effet, un couple marié poursuit une communauté de vie qui implique qu'une décision de stérilisation non exigée par des motifs thérapeutiques soit une décision commune, a fortiori si elle est irréversible, et ce avec d'autant plus d'intensité dans le cas d'espèce au vu de la culture personnelle (des défendeurs); qu'on peut facilement songer au grief qu'un époux pourrait faire à son épouse d'avoir fait procéder à une stérilisation sans son accord, ce qui pourrait même entraîner un divorce aux torts de l'épouse pour injure grave; (...) que les enquêtes permettent de dire que (le demandeur) n'a pas sollicité et, en conséquence, pas obtenu un consentement éclairé des (défendeurs); (...) que (le demandeur) a commis une faute par son manque d'information adéquate, étant établi (...) qu'il n'a pas obtenu le consentement libre et éclairé des deux (défendeurs); que cette faute est en relation causale avec le dommage, c'est-à-dire la stérilisation de (la défenderesse)",

alors que tant les articles 22 et 23 de la Constitution que les articles 2, 3, 5, 8, 14 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, 3, 6, 7, 9, 16 et 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques garantissent à tout individu capable la libre disposition de son propre corps et le respect de sa vie privée, sans autre ingérence ou limitations que celles prévues par la loi et qui constituent une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui; qu'aucune disposition légale ne requiert le consentement du mari à la stérilisation de son épouse pour qu'une telle intervention chirurgicale puisse être licitement effectuée; que l'arrêt n'a pu, dès lors, considérer, pour décider que l'opération chirurgicale de stérilisation tubaire de la défenderesse est fautive, que le demandeur ne pouvait "passer outre" à l'absence de consentement du défendeur et devait obtenir l'accord de celui-ci, sans violer les dispositions légales visées au moyen :

Attendu que toute personne jouit des droits de la personnalité, qui comprennent le droit à la vie et à l'intégrité physique;

Attendu qu'en règle, le consentement nécessaire à la licéité d'un acte médical portant atteinte à l'intégrité physique d'une personne est celui de cette seule personne;

Attendu qu'aucune disposition légale ne requiert le consentement d'un époux à une intervention tendant, même sans nécessité thérapeutique, à la stérilisation, fût-elle irréversible, de son épouse;

Que la circonstance que la décision prise par une femme de se soumettre à pareille intervention sans l'accord ou à l'insu de son mari puisse constituer un manquement aux devoirs respectifs des époux, voire une cause de divorce, est sans incidence sur l'appréciation de la faute imputée à l'homme de l'art qui a procédé à l'intervention;

Attendu que, ni par les considérations reproduites au moyen ni par aucune autre, l'arrêt ne justifie légalement sa décision que le demandeur a commis une faute en pratiquant sur la défenderesse l'intervention chirurgicale de stérilisation tubaire litigieuse sans le consentement du défendeur;

Que le moyen est fondé;

Sur le second moyen, pris de la violation des articles 1315, 1319, 1320, 1322, 1382 du Code civil, 870 du Code judiciaire, 392, 398 du Code pénal, 149 de la Constitution et des règles relatives à la charge de la preuve d'une infraction,

en ce que, après avoir considéré à bon droit qu'une intervention chirurgicale qui n'est ni urgente ni indispensable sur le plan thérapeutique constitue un acte illégitime si le médecin n'a pas obtenu au préalable le consentement éclairé du patient et que l'obligation de recueillir l'assentiment du malade ne découle pas du contrat mais est imposée par le respect de la personne humaine, l'arrêt retient la responsabilité délictuelle du demandeur pour avoir pratiqué une stérilisation tubaire sans avoir obtenu le consentement libre et éclairé de la défenderesse quant à cette opération et condamne le demandeur à indemniser les défendeurs, pour tous ses motifs réputés ici intégralement reproduits,

alors que, première branche, l'atteinte à l'intégrité physique d'une personne que constitue une intervention chirurgicale de stérilisation tubaire qui n'est ni urgente ni indispensable sur le plan thérapeutique, pratiquée sans le consentement libre et éclairé de la patiente, est un acte illicite susceptible d'être réprimé sur la base des articles 392 et 398 du Code pénal; qu'ainsi, le consentement de la patiente est la condition nécessaire pour que pareil acte ne puisse être considéré comme culpeux; qu'en vertu des articles 1315, 1382 du Code civil, 870 du Code judiciaire et des règles relatives à la charge de la preuve d'un fait infractionnel, lorsque la demande portée devant le juge civil est fondée sur un fait constituant une infraction, c'est au demandeur en réparation qu'il incombe de prouver à la fois que le défendeur à l'action a commis cette infraction et que la circonstance que ce dernier allègue à titre de cause de justification pour

contester l'imputabilité du fait qui lui est reproché n'existe pas, pour autant que quelque crédit puisse être accordé à cette allégation; qu'en l'espèce, le demandeur alléguait avoir obtenu le consentement de la défenderesse à l'opération de stérilisation tubaire en produisant un document signé par elle, sur lequel figuraient les mentions : "Je soussigné(e) (...) certifie demander la stérilisation tubaire chirurgicale (...). J'ai été informé(e) du caractère irréversible de ce type d'intervention"; que l'arrêt, qui ne constate pas que l'allégation du demandeur selon laquelle la défenderesse avait consenti à l'opération litigieuse en signant le document précité était dépourvue de tout crédit puisqu'il considère "que le document produit n'est (...) pas la preuve du consentement éclairé de (la défenderesse)" et "que (le demandeur) doit dès lors prouver autrement que par cet écrit qu'il a reçu le consentement de sa patiente" et décide que la charge de la preuve du caractère libre et éclairé du consentement donné par la défenderesse dans cet écrit repose sur le médecin et que, partant, le demandeur a la charge de prouver qu'il n'a pas commis l'acte illicite qui lui est reproché, n'est ni légalement justifié (violation de toutes les dispositions légales visées au moyen à l'exception des articles 1319, 1320, 1322 du Code civil et 149 de la Constitution) ni régulièrement motivé (violation de l'article 149 de la Constitution);

deuxième branche, dans ses conclusions principales régulièrement déposées devant la cour d'appel, le demandeur faisait valoir "que, dans un premier temps, (la défenderesse) avait consulté le docteur G. sur les possibilités d'une stérilisation et qu'elle avait réservé sa réponse; (...) qu'il apparaît difficilement concevable que, lors de ces discussions, le docteur G. n'ait employé que les termes 'ligature des trompes' en lieu et place du terme 'stérilisation' (et) que le terme 'stérilisation' ne pouvait donc être étranger à (la défenderesse) lorsqu'elle a signé le document du 23 mai 1985 qui fait expressément référence à ce terme 'stérilisation'; que l'arrêt qui, pour écarter que l'écrit signé par la défenderesse établisse l'existence de son consentement éclairé, considère de façon générale "que l'existence d'un écrit, formulaire standardisé, dont la signature peut avoir été apposée mécaniquement, dans l'appréhension ou le stress de la future intervention chirurgicale, n'atteste pas en lui-même d'un consentement éclairé du patient car le document produit en la présente cause, tel qu'il est rédigé, n'est pas suffisamment explicite, les termes n'en étant pas facilement compréhensibles pour un non-initié et a fortiori pour une personne de nationalité étrangère qui, même si elle comprend le français, percevra difficilement la signification de termes techniques médicaux, qui ne s'emploient évidemment pas dans le langage courant; qu'il est sans doute d'usage, pour la fertilisation in vitro et la stérilisation, de remettre une documentation écrite mais que la remise d'un document n'équivaut pas toujours ipso facto à une bonne information du patient; que le médecin doit contrôler si le patient est capable de comprendre le contenu de la brochure ou du document qui lui sont remis (...); qu'en l'espèce, il n'est pas établi que la signification des termes employés dans le document signé par (la défenderesse) lui ait été correctement expliquée puisque le document apparaît bien comme lui ayant été remis, sans plus, à son entrée à l'hôpital", ne rencontre par aucune considération le moyen précis et circonstancié soutenant qu'il n'était pas concevable que la défenderesse ne comprenne pas le mot "stérilisation" alors qu'elle avait eu un entretien avec le docteur G. sur les possibilités d'une pareille opération et qu'elle avait alors réservé sa réponse; que l'arrêt n'est, partant, pas régulièrement motivé (violation de l'article 149 de la Constitution);

troisième branche, dans ses conclusions principales, le demandeur faisait encore valoir "qu'il est admis par (la défenderesse) qu'avant son opération du 23 mai 1985, elle avait consulté sa gynécologue, le docteur G., qui lui avait conseillé une stérilisation et lui avait manifestement expliqué toutes les conséquences de celle-ci puisque (la défenderesse) précise qu'à l'issue de cet entretien, elle réserva sa décision" et "que le 23 mai 1985, (elle) a signé un document tout à fait précis, par lequel elle reconnaissait consentir non seulement à une interruption thérapeutique de grossesse mais également à une stérilisation tubaire chirurgicale"; que "(le) document par lequel elle attestait demander une stérilisation tubaire chirurgicale (...) précis(ait) qu'elle avait été 'informée du caractère irréversible de ce type d'intervention'; que le demandeur rappelait ces faits dans ses conclusions additionnelles et en déduisait "qu'ainsi, au-delà d'un silence circonstancié, (la défenderesse) a, expressément, fait part de sa volonté de subir l'intervention chirurgicale litigieuse"; que l'arrêt, qui considère "que le demandeur ne peut invoquer un silence circonstancié de sa patiente dès lors qu'il n'établit pas l'avoir complètement informée", se méprend sur la portée du moyen du demandeur qui n'invoquait pas un silence circonstancié mais au contraire un accord exprès de la défenderesse; que, ce faisant, l'arrêt donne des conclusions du demandeur une interprétation inconciliable avec leurs termes et viole, partant, la foi qui leur est due (violation des articles 1319, 1320 et 1322 du Code civil); qu'en outre, il ne rencontre par aucune considération le moyen déduisant la volonté expresse de la défenderesse de subir l'intervention chirurgicale litigieuse des circonstances particulières dans lesquelles ce document avait été signé, soit, d'une part, l'information préalable reçue du docteur G. et, d'autre part, les termes dudit document soulignant le caractère irréversible de l'intervention; que l'arrêt n'est, partant, pas régulièrement motivé (violation de l'article 149 de la Constitution) :

Quant à la première branche :

Attendu que l'arrêt considère en substance que le médecin qui accomplit sans le consentement libre et éclairé du patient un acte médical portant atteinte à l'intégrité physique de celui-ci commet un acte illicite et

que l'obligation qui s'impose à lui de recueillir ce consentement, qui suppose qu'il donne au patient une information suffisante, est étrangère au contrat qui lie les parties;

Qu'il résulte de ces considérations qu'aux yeux de la cour d'appel, la demande en réparation dont elle était saisie était fondée sur un acte illicite consistant en une atteinte à l'intégrité physique de la défenderesse et dès lors de nature à constituer l'infraction prévue aux articles 392 et 398 du Code pénal mais que cet acte eût été justifié si la défenderesse y avait donné son consentement libre et éclairé;

Attendu qu'en matière civile, il incombe à la partie qui a introduit une demande fondée sur une infraction de prouver que les éléments constitutifs de celle-ci sont réunis, qu'elle est imputable à la partie adverse et, si cette dernière invoque une cause de justification sans que son allégation soit dépourvue de tout élément de nature à lui donner crédit, que cette cause de justification n'existe pas;

Attendu que le demandeur a allégué devant la cour d'appel avoir recueilli le consentement libre et éclairé de la défenderesse avant de procéder à l'intervention litigieuse;

Attendu que ce consentement eût été de nature à ôter tout caractère culpeux à un acte relevant de l'art de guérir et poursuivant un but curatif ou préventif d'ordre thérapeutique;

Attendu que l'arrêt considère "que le médecin, qui est légalement et contractuellement tenu de l'obligation d'informer puis d'obtenir le consentement libre et éclairé de son patient, a la charge de prouver l'exécution de cette obligation" et décide, par les motifs que le moyen critique, que le demandeur échoue dans cette preuve;

Attendu que l'obligation du médecin d'informer le patient sur l'intervention qu'il préconise s'explique par la nécessité qui s'impose à lui de recueillir son consentement libre et éclairé avant de pratiquer cette intervention et que l'arrêt ne lui assigne d'ailleurs pas de fondement distinct;

Attendu que l'arrêt, qui ne constate pas que la cause de justification alléguée par le demandeur est dénuée de toute crédibilité mais repose sur la considération que la preuve de cette cause de justification lui incombe et qu'il n'y satisfait pas, renverse le fardeau de la preuve et viole, partant, toutes les dispositions légales visées au moyen, en cette branche, à l'exception de l'article 149 de la Constitution;

Qu'en cette branche, le moyen est fondé;

PAR CES MOTIFS,

sans qu'il y ait lieu d'examiner les autres branches du second moyen, qui ne sauraient entraîner une cassation plus étendue,

Casse l'arrêt attaqué, sauf en tant qu'il reçoit l'appel;

Ordonne que mention du présent arrêt sera faite en marge de l'arrêt partiellement cassé;

Réserve les dépens pour qu'il soit statué sur ceux-ci par le juge du fond;

Renvoie la cause, ainsi limitée, devant la cour d'appel de Mons.

Ainsi jugé par la Cour de cassation, première chambre, à Bruxelles, où siégeaient Monsieur le premier président Marchal, Messieurs les conseillers Echement, Storck, Batselé et Madame le conseiller Matray, et prononcé en audience publique du quatorze décembre deux mille un par Monsieur Marchal, premier président, en présence de Monsieur Henkes, avocat général, avec l'assistance de Madame Danhiez, greffier adjoint.

CRITERES D'AGREMENT DES MEDECINS SPECIALISTES EN PSYCHIATRIE

3 JANVIER 2002. - Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte et des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile (M.B. du 21.2.2002)

La Ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement,

Vu l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et notamment l'article 35sexies inséré par la loi du 19 décembre 1990;

Vu l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, modifié par les arrêtés royaux du 22 juin 1993, 8 novembre 1995, 12 mars 1997 et 11 avril 1999;

Vu l'avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes donné le 23 mars 2001;

Vu l'avis 31.774/3 du Conseil d'Etat, donné le 24 septembre 2001,

Arrête :

CHAPITRE Ier. - Critères d'agrément des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte et des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile

Article 1er. Quiconque souhaite être agréé comme médecin spécialiste en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte ou comme médecin spécialiste en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile doit :

1° satisfaire aux critères généraux de formation et d'agrément des médecins spécialistes;

2° suivre une formation qui a une durée équivalente à une formation à temps plein d'au moins 5 ans;

3° suivre une formation en psychiatrie qui comprend l'étude théorique et clinique des diverses disciplines de la psychiatrie, à savoir :

a) la psychologie clinique et la psychopathologie générale;

b) l'anatomie et l'anatomie pathologique, la physiologie, la biochimie et l'endocrinologie dans leurs rapports avec la psychiatrie;

c) la psychiatrie clinique et biologique et la psychopharmacologie;

d) la psychothérapie;

e) la psychiatrie sociale; l'organisation des soins psychiatriques dans et en dehors de l'hôpital, les aspects légaux de la psychiatrie;

f) le diagnostic et le traitement d'affections psychiatriques de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée;

g) les procédés techniques de diagnostic propres à la psychiatrie et leur interprétation;

h) la psychiatrie légale, où l'expertise scientifique et clinique de la psychiatrie s'applique aux matières civiles et pénales;

4° suivre la formation visée au point 2° en respectant nécessairement l'ensemble des critères repris sous a, ou l'ensemble des critères repris sous b, :

a) Pour l'agrément en tant que médecin spécialiste en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte, les cinq ans sont répartis comme suit :

1° au moins un an à effectuer dans un service clinique de psychiatrie aiguë agréé traitant principalement l'adulte;

2° avec le consentement des maîtres de stage concernés, pendant les quatre autres années, le candidat spécialiste complète sa formation dans certains domaines par des stages d'au moins trois mois dans un ou plusieurs des services suivants et pendant la durée maximale fixée ci-dessous :

- 24 mois dans un ou plusieurs services agréés pour la psychiatrie aiguë de l'adulte;

- 12 mois dans un ou plusieurs services agréés pour la psychiatrie infanto-juvénile;

- 12 mois dans des services agréés pour la formation en médecine interne ou en neurologie;

- 12 mois dans un laboratoire de neurophysiologie clinique attaché à un service agréé pour la formation en neurologie ou en psychiatrie;

- 24 mois dans des services de psychiatrie spécialisée, agréés à cet effet (tels, qu'entre autres, des services s'occupant de toxicomanies, de psychosomatique, d'affections psychiatriques de longue durée, de réadaptation psychiatrique, de psychiatrie légale), ainsi que dans des services agréés pour traitement ambulatoire ou hospitalisation partielle. Ces stages ne sont autorisés qu'au terme d'au moins un an de stage en psychiatrie aiguë;

- 24 mois dans un service de psychothérapie agréé à cette fin; cette formation doit coïncider à temps partiel avec un ou plusieurs des autres stages cités au point 4

b) Pour l'agrément en tant que médecin spécialiste en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile, les cinq ans sont répartis comme suit :

1° au moins un an à effectuer dans un service clinique de psychiatrie agréé traitant principalement l'adulte, dont au moins six mois dans un service de psychiatrie aiguë agréé;

2° au moins 36 mois de psychiatrie infanto-juvénile, dont au moins 12 mois de psychiatrie pour les enfants de moins de 12 ans et 12 mois de psychiatrie des adolescents dans des services agréés;

3° au choix, 12 mois avec un minimum de 3 mois dans des services agréés de pédiatrie, neuropédiatrie, neurologie, psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie générale, psychothérapie, laboratoire de neurophysiologie clinique, génétique, psychiatrie légale.

Art. 2. Quiconque souhaite être agréé comme médecin spécialiste en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte, doit :

1° avoir consacré au moins cinq années à des stages conformes à l'article 1^{er}, 4°, a, sous la coordination d'un maître de stage agréé en psychiatrie de l'adulte ;

2° avoir suivi un enseignement spécifique de niveau universitaire de la psychiatrie de l'adulte.

Art. 3. Quiconque souhaite être agréé comme médecin spécialiste en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile doit :

1° avoir consacré au moins cinq années de sa formation à des stages conformément à l'article 1^{er}, 4°, b, sous la coordination d'un maître de stage agréé en psychiatrie infanto-juvénile;

2° avoir suivi un enseignement spécifique de niveau universitaire en psychiatrie infanto-juvénile.

Art. 4. L'ensemble de la formation est déterminé à l'avance par le candidat dans son plan de stage, en accord avec le coordinateur et les autres maîtres de stage concernés.

Art. 5. Le candidat tient à jour dans son carnet de stage la liste des actes qu'il accomplit personnellement et de ceux auxquels il prend part. Il y note également les séminaires, cours et autres exercices didactiques auxquels il assiste pendant sa formation.

Art. 6. Le candidat doit, au moins une fois au cours de sa formation, soit présenter une communication lors d'une réunion scientifique soit publier un article sur un sujet clinique ou scientifique correspondant à l'orientation choisie.

CHAPITRE II. - Critères d'agrément des maîtres de stage

Section 1re. - Maîtres de stage en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte

Art. 7. Quiconque souhaite être agréé comme maître de stage en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte, doit :

1. satisfaire aux critères généraux d'agrément des maîtres de stage;

2. avoir huit années d'ancienneté, à compter de son agrégation en psychiatrie ou en neuropsychiatrie et être agréé comme médecin spécialiste en psychiatrie et être notoirement connu comme pratiquant principalement la psychiatrie de l'adulte;

3. par unité de soins de 25 à 30 lits, former des candidats spécialistes en psychiatrie, à raison d'un au moins et 3 au plus, sauf exception autorisée par le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes et justifiée par le nombre de cas polycliniques et de consultations pour patients d'autres services de l'établissement;

4. par unité de soins de 25 à 30 lits, avoir un collaborateur agréé depuis au moins cinq ans comme spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie, présent à mi-temps (au moins quatre dixièmes de l'activité professionnelle normale) dans le service et témoignant d'un intérêt scientifique constant.

Section 2. - Maîtres de stage en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile

Art. 8. Quiconque souhaite être agréé comme maître de stage en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile doit :

1. satisfaire aux critères généraux d'agrément des maîtres de stage;

2. avoir huit années d'ancienneté, à compter de son agrégation en psychiatrie ou en neuropsychiatrie et être notoirement connu comme exerçant particulièrement la psychiatrie infanto-juvénile;

3. avoir un collaborateur agréé depuis au moins cinq ans comme spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie, présent à mi-temps dans le service et témoignant d'une activité et d'un intérêt scientifiques;

4. par 20 places d'hospitalisation complète et par 1 000 consultations annuelles, former des candidats spécialistes en psychiatrie, à raison d'un au moins et 2 au plus, sauf exception autorisée par le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes et justifiée par le nombre de cas polycliniques et de consultations pour patients d'autres services de l'établissement.

Art. 9. La durée de la période durant laquelle un candidat peut être formé chez un maître de stage et le nombre de candidats sont appréciés en fonction de la diversité et de l'importance des activités de psychiatrie infanto-juvénile.

Section 3. - Critères d'agrément communs des maîtres de stage en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile

Art. 10. Un nombre plus élevé de médecins collaborateurs à temps plein ou à mi-temps peut être exigé en fonction de l'importance de l'activité clinique, technique et psychothérapeutique à la clinique et à la polyclinique. En tout cas, la continuité de la formation du candidat spécialiste et sa participation personnelle aux activités du service à temps plein doivent être assurées.

Art. 11. Le maître de stage doit veiller, surtout lors de l'établissement du plan de stage, à ce que les activités du candidat spécialiste au cours de sa formation soient réparties dans les différents domaines de la psychiatrie, de manière telle que le candidat spécialiste, à la fin de sa formation, ait été formé à toutes ses disciplines essentielles.

Art. 12. Pour les stages en milieu hospitalier, le maître de stage doit disposer d'une polyclinique ou d'une convention de collaboration aux activités d'un centre de santé mentale et participer à un service des urgences, de sorte que le candidat spécialiste puisse collaborer aux activités de l'une et l'autre.

Art. 13. Le maître de stage dont le service ne répond pas aux critères de formation complète mais qui travaille dans des structures et à des activités importantes pour la formation du candidat spécialiste, peut être agréé pour une formation partielle, dont la durée ne sera pas supérieure à 24 mois et sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en psychiatrie qui consacre l'ensemble de ses activités à cette discipline.

Art. 14. Le maître de stage doit veiller à ce que le candidat spécialiste garde le contact avec les autres disciplines médicales, chirurgicales et techniques telles que la neurologie, la neurochirurgie, la médecine interne, la pédiatrie, l'ophtalmologie, la neurochirurgie, l'oto-rhino-laryngologie, l'anesthésie réanimation, la dermatologie, l'anatomie pathologique, la gynécologie obstétrique, la biologie clinique et le radiodiagnostic.

CHAPITRE III. - Critères d'agrément des services de stage

Section 1re. - Services de stage en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte

Art. 15. Pour être agréé comme service de stage en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte, le service doit :

1. satisfaire aux critères généraux d'agrément des services de stage;

2. le service responsable d'une formation complète en psychiatrie doit se situer dans un hôpital général ou dans un établissement psychiatrique et doit disposer d'au moins 25 à 30 lits avec un minimum de 300 hospitalisations par an, ainsi que d'une polyclinique accueillant au minimum 500 nouveaux patients par an;

3. comprendre des pathologies variées et comprendre des cas aigus, admis sans aucune sélection préalable. Lorsqu'un domaine de la psychiatrie, important pour la formation, est insuffisamment exercé dans le service, le candidat spécialiste doit pouvoir s'y familiariser dans un autre service ou une autre section agréés à cette fin;

4. disposer d'une infrastructure appropriée et d'un nombre suffisant de collaborateurs qualifiés pour garantir une formation scientifique;

5. également occuper, comme chefs de service ou consultants, des spécialistes agréés en neurochirurgie, médecine interne, pédiatrie, chirurgie, gynécologie obstétrique, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, dermatologie, anesthésiologie, radiodiagnostic, biologie clinique et anatomie pathologique;

6. admettre et traiter des cas d'urgence dans l'établissement.

Art. 16. Pour être agréé comme stage facultatif pendant la formation en psychiatrie, le laboratoire de neurophysiologie clinique, attaché à un service de neurologie ou de psychiatrie agréé, doit disposer d'un appareillage EEG répondant aux normes les plus récentes. Au moins 500 EEG et 50 tracés de sommeil doivent être enregistrés chaque année.

Art. 17. Pour entrer en ligne de compte pour la formation en psychiatrie, le service de psychothérapie doit être axé sur une ou plusieurs des trois orientations suivantes : s'adresser, soit à la subjectivité personnelle du patient, soit aux comportements humains, soit au système relationnel auquel appartient le patient, chacune de ces trois orientations pouvant développer des formes de psychothérapie individuelle, de groupe, de couple et de famille. Le service doit donner aux candidats une formation théorique et pratique en psychothérapie s'étendant régulièrement sur la période de formation effectuée dans le service.

Art. 18. Les services dont les possibilités de formation sont réduites et qui ne répondent pas aux critères de formation complète, peuvent être pris en considération pour une formation partielle, dont la durée sera déterminée par l'arrêté d'agrément. S'il s'agit d'un service de psychiatrie générale aiguë, il doit admettre au minimum 150 patients par an et inscrire chaque année au moins 250 nouveaux patients en polyclinique.

S'il s'agit d'un centre de consultation ambulatoire, il doit inscrire au minimum 150 nouveaux patients par an en consultation.

Art. 19. Chaque service de stage doit tenir à jour l'enregistrement des patients ainsi que leurs dossiers médicaux.

*Section 2. - Services de stage en psychiatrie,
particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile.*

Art. 20. Pour être agréé comme stage facultatif pendant la formation en psychiatrie juvéno-infantile, le laboratoire de neurophysiologie clinique, attaché à un service de neurologie ou de psychiatrie agréé, doit disposer d'un appareillage EEG répondant aux normes les plus récentes. Au moins 500 EEG et 50 tracés de sommeil doivent être enregistrés chaque année.

Art. 21. Le service responsable d'une formation complète en psychiatrie infanto-juvénile doit faire partie d'un réseau comportant des possibilités d'hospitalisation pour enfants et adolescents psychiquement perturbés dans un service agréé sous l'index K. Ce réseau doit comporter au moins 20 places d'hospitalisation complète. Il doit pratiquer des activités nombreuses et diversifiées en hospitalisation sous index K de jour ou complet; il doit compter au moins 1 000 consultations annuelles d'enfants ou d'adolescents, dont 150 au moins de nouveaux patients.

Art. 22. Les activités qui entrent en ligne de compte pour les services non agréés pour une formation complète peuvent se dérouler dans des établissements de soins agréés, dans des institutions ou des centres de consultation ambulatoires orientés vers la psychiatrie infanto-juvénile. La durée de la période de formation ainsi que le nombre de candidats sont appréciés en fonction de la diversité et de l'importance des activités de psychiatrie infanto-juvénile.

CHAPITRE IV. - Critères de maintien de l'agrément

Art. 23. Afin de maintenir leur agrément, le médecin spécialiste en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte et le médecin spécialiste en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile sont tenus de respecter les critères généraux de maintien de l'agrément des médecins spécialistes.

CHAPITRE V. - Dispositions transitoires

Art. 24. Par dérogation au point 5, peut être agréé comme porteur du titre professionnel particulier en psychiatrie de l'adulte ou en psychiatrie infanto-juvénile un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie notoirement connu comme compétent dans ce domaine et qui apporte la preuve qu'il exerce cette discipline de manière substantielle et importante, depuis quatre années au moins après son agrégation comme médecin spécialiste, avec un niveau de connaissance suffisant. Il en fait la demande dans les cinq ans à partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

Art. 25. Par dérogation au point 5, une période de stage en psychiatrie de l'adulte, ou infanto-juvénile en tant que candidat ou en tant que médecin spécialiste, entamée avant l'entrée en vigueur du présent arrêté et se prolongeant après celle-ci, pourra être validée en tant que formation pour autant que la demande de validation soit introduite dans un délai de 12 mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

Art. 26. Le médecin spécialiste en psychiatrie peut maintenir son titre à condition de respecter les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes.

CHAPITRE VI. - Dispositions finales

Art. 27. Le présent arrêté abroge les dispositions de l'arrêté ministériel du 29 juillet 1987 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de psychiatrie et de neurologie, à l'exception des dispositions visant la neurologie.

Bruxelles, le 3 janvier 2002.

NOMENCLATURE ART. 35 BIS

15 JANVIER 2002. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 8.3.2002)

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35, §§ 1^{er} et 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 25 janvier 1999 et 24 décembre 1999 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

Vu 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, notamment l'article 35bis, inséré par l'arrêté royal du 8 novembre 1999 et modifié par les arrêtés royaux des 9 juillet 2000, 20 mars 2001, 10 août 2001 et 24 septembre 2001;

Vu la proposition du Conseil technique des implants du 8 novembre 2001;

Vu la décision de la Commission de convention fournisseurs d'implants-organismes assureurs du 8 novembre 2001;

Considérant que l'article 27, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, prévoit que l'avis du Service du contrôle médical est considéré comme étant donné lorsqu'il n'a pas été formulé dans le délai prévu de cinq jours ouvrables et que tel est le cas en l'espèce;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 14 novembre 2001;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 19 novembre 2001;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 4 décembre 2001;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 17 décembre 2001;

Vu l'urgence, motivée par le fait :

- que les produits visco-élastiques sont actuellement remboursés par le biais de l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés;

- qu'à partir du 1^{er} janvier 2002, la Commission Remboursement des Médicaments entre en fonction;

- que les produits visco-élastiques sont des dispositifs médicaux;

- que la Commission Remboursement des Médicaments n'est compétente que pour les médicaments et pas pour les dispositifs médicaux;

- que cet arrêté doit entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2002 afin de maintenir la continuité du remboursement pour ces produits;

Vu l'avis 32.723/1 du Conseil d'Etat, donné le 18 décembre 2001 en application de l'article 84, alinéa 1, 2°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 35bis de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités,

inséré par l'arrêté royal du 8 novembre 1999 et modifié par les arrêtés royaux des 9 juillet 2001, 10 août 2001 et 24 septembre 2001, sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1^{er}, l'intitulé et les prestations suivants sont introduits avant l'intitulé "E. Urologie et néphrologie" :

« B. OPHTALMOLOGIE :

« Catégorie 2

Produits visco-élastiques :

682393-682404

Produits visco-élastiques à base de dérivé de cellulose U 18

682415-682426

Produits visco-élastiques à base d'hyaluronate d'une viscosité inférieure ou égale à 1.000.000 de centipoise, d'un volume inférieur ou égal à 0,6 ml U 45

682430-682441

Produits visco-élastiques à base d'hyaluronate d'une viscosité inférieure ou égale à 1.000.000 de centipoise, d'un volume supérieur à 0,6 ml U 64

682452-682463

Produits visco-élastiques à base d'hyaluronate d'une viscosité supérieure à 1.000.000 de centipoise ou à base de chondroïtine, d'un volume inférieur ou égal à 0,6 ml U 57

682474-682485

Produits visco-élastiques à base d'hyaluronate d'une viscosité supérieure à 1.000.000 de centipoise ou à base de chondroïtine, d'un volume supérieur à 0,6 ml U 76

682496-682500

Combinaison d'un produit visco-élastique à base d'hyaluronate d'une viscosité inférieure à 1.000.000 de centipoise avec un produit visco-élastique à base d'hyaluronate d'une viscosité supérieure à 1.000.000 de centipoise ou à base de chondroïtine, d'un volume total inférieur à 0,8 ml, quel que soit le conditionnement . . . U 88

682511-682522

Combinaison d'un produit visco-élastique à base d'hyaluronate d'une viscosité inférieure à 1.000.000 de centipoise avec un produit visco-élastique à base d'hyaluronate d'une viscosité supérieure à 1.000.000 de centipoise ou à base de chondroïtine, d'un volume total de 0,8 ml à 1,2 ml, quel que soit le conditionnement U 102

Les prestations 682393-682404, 682415-682426, 682430-682441, 682452-682463, 682474-682485, 682496-682500 et 682511-682522 ne sont pas cumulables entre elles. »

2° Le § 5 est complété par les numéros de prestations suivants :

« - 682393 - 682404, 682415 - 682426, 682430 - 682441, 682452 - 682463, 682474 - 682485, 682496 - 682500 et 682511 - 682522. »

3° Le § 6 est complété par les numéros de prestations suivants :

« - 682393-682404, 682415-682426, 682430-682441, 682452-682463, 682474-682485, 682496-682500 et 682511-682522" »

4° Au § 7, après les mots "relatifs aux prestations", sont introduits les numéros de prestations suivants :

« 682393 - 682404, 682415 - 682426, 682430 - 682441, 682452 - 682463, 682474 - 682485, 682496 - 682500, 682511 - 682522," »

5° Après le § 7 est introduit le § 7bis suivant :

« § 7bis. Les prestations 682393-682404, 682415-682426, 682430-682441, 682452-682463, 682474-682485, 682496-682500 et 682511-682522 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance qu'à l'occasion des prestations suivantes : 245055-245066, 245070-245081, 246013-246024, 246035-246046, 246050-246061, 246072-246083, 246094-246105, 246116-246120, 246131-246142, 246153-246164, 246175-246186, 246190-246201, 246212-246223, 246514-246525, 246551-246562, 246573-246584, 246595-246606, 246610-246621, 246632-246643, 246654-246665, 246676-246680, 246794-246805,

246816-246820, 246831-246842, 246853-246864, 246890-246901, 247516-247520, 247531-247542 et 247553-247564.

Pour les prestations 682393-682404, 682415-682426, 682430-682441, 682452-682463, 682474-682485, 682496-682500 et 682511-682522, l'intervention doit être considérée comme un montant forfaitaire. Elle ne peut être remboursée qu'une fois par intervention. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 15 janvier 2002.

PRIX SCIENTIFIQUE PHARMACIA – REGLEMENT

- Art. 1. A l'initiative de la Société Pharmacia, le Fonds National de la Recherche Scientifique accordera en 2002 un **Prix scientifique Pharmacia**, d'un montant de **25.000 EUR**.
- Art. 2. Ce Prix, qui tiendra compte des réalisations antérieures du candidat, est destiné à mener à bien un projet innovateur dans le domaine de recherches en physiopathologie ouvrant de nouvelles perspectives thérapeutiques en médecine humaine.
- Art. 3. Le Prix sera octroyé par le Conseil d'administration du F.N.R.S. sur proposition de la Commission scientifique compétente et suivant les règlements et jurisprudence en vigueur au Fonds National. Si le Jury estime qu'aucun travail ne présente une valeur suffisante, le Prix ne sera pas attribué.
- Art. 4. Le Prix sera réservé aux travaux individuels ou collectifs présentés par un ou plusieurs chercheurs (3 au maximum pour un même travail). Les candidats doivent être porteurs d'un diplôme universitaire en Sciences médicales, pharmaceutiques, biologiques ou biochimiques. Ils ne peuvent avoir atteint l'âge de 45 ans à la date d'introduction de la candidature.
- Art. 5. Les candidats à ce Prix ne peuvent avoir obtenu antérieurement un Prix d'un montant équivalent durant les trois années qui précèdent la date d'introduction.
- Art. 6. Le projet sera réalisé au sein de l'une des neuf institutions universitaires reprises à l'article 1 du décret du 5 septembre 1994 relatif au régime des études universitaires et des grades académiques de la Communauté française de Belgique.
- Art. 7. Le projet ne peut être financé par d'autres instances que des institutions publiques.
- Art. 8. Le Prix sera attribué pour une moitié au lauréat et pour l'autre au laboratoire du bénéficiaire.
- Art. 9. Les candidatures doivent être adressées, sous pli confidentiel, **pour le 1^{er} juin 2002** à la Secrétaire générale du F.N.R.S., rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles au moyen du formulaire adéquat.
- Art. 10. Toutes questions éventuelles concernant la recevabilité des candidatures ainsi que l'octroi du Prix seront tranchées sans recours par le F.N.R.S.
- Art. 11. Le lauréat s'engage à communiquer prioritairement à la Société Pharmacia les résultats menant à un développement thérapeutique futur.

PRIX GAGNA A. & CH. VAN HECK – REGLEMENT

- Art. 1. Le "Prix GAGNA A. & Ch. VAN HECK", d'un montant de 75.000 EUR, est destiné à récompenser un chercheur ou médecin dont les travaux auront contribué à la guérison d'un mal encore incurable à ce jour, ou d'une manière réelle et spectaculaire à la recherche d'une telle découverte.
- Art. 2. Ce Prix triennal et international est décerné pour la première fois en 2003.
- Art. 3. Les candidats au Prix ne peuvent avoir obtenu précédemment un Prix égal ou supérieur destiné à promouvoir les travaux présentés; le Jury peut déroger à cette règle.
- Art. 4. Le Prix est réservé aux travaux présentés par un ou deux chercheur(s).
- Art. 5. Les candidatures doivent être introduites par une personnalité qui a des titres pour apprécier la valeur de la contribution fournie par le ou les deux candidat(s) et qui motive cette introduction, sous sa signature, dans un memorandum décrivant les mérites du ou des deux candidat(s). Le

memorandum, rédigé en anglais, veillera, en outre, à démontrer que l'œuvre du ou des deux candidat(s) répond au domaine retenu pour l'attribution du Prix, comme prévu à l'article 1.

Doivent également être joints à la demande :

- le curriculum vitae du ou des deux candidat(s) comprenant la liste et le montant des Prix qu'il(s) aura(ont) reçus,
- la liste complète de ses ou de leurs publications,
- deux photographies du ou des deux candidat(s).

- Art. 6. Les dossiers de candidature doivent être adressés, sous pli confidentiel, à la Secrétaire générale du Fonds National de la Recherche Scientifique, rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles (Belgique) **pour le 1^{er} octobre 2002.**
- Art. 7. Toute question concernant la recevabilité des candidatures ainsi que l'octroi du Prix sont tranchées, sans recours, par le Fonds National de la Recherche Scientifique.
- Art. 8. Le Prix sera attribué au(x) lauréat(s) par le Fonds National de la Recherche Scientifique, sur proposition du Jury constitué par le Fonds National.
- Art. 9. Le F.N.R.S. peut décider de ne pas attribuer le Prix. Dans cette éventualité, le montant du Prix est ajouté au capital.
- Art. 10. Les présentations de candidats, les rapports et les propositions relatifs à l'attribution du "Prix GAGNA A. & Ch. VAN HECK" ne peuvent être ni révélés ni publiés.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

8^e Colloque sur les urgences extra-hospitalières LIBRAMONT – les vendredi 3 et samedi 4 mai 2002

Les thèmes de ce colloque devenu traditionnel sont les suivants : **Armes blanches et armes à feu – Gériatrie et AMU – Médecine de catastrophe et bioterrorisme – Situations particulières en SAMU**

Le succès croissant de ce colloque (1600 participants) a incité les organisateurs à dédoubler les exposés de cette année encore. Ceux-ci sont donc répétés de façon identique le samedi 4. La particularité du colloque est de rassembler aussi bien les médecins traitants, BMA ou spécialistes que les infirmiers, les ambulanciers, les pompiers et les gendarmes. Tous les intervenants auront ainsi l'occasion de recevoir une information commune permettant d'harmoniser les gestes des différents intervenants sur le terrain.

Le colloque se tiendra de 9 h à 17 h au Centre Culturel de Libramont.

La participation est fixée à 25 €, comprenant le petit-déjeuner, les pauses café, le déjeuner et le syllabus.

Quelque 25 firmes médicales exposeront leur matériel.

Le programme détaillé de la journée, le bulletin d'inscription ainsi que tout autre renseignement peuvent être obtenus auprès du secrétariat du colloque : Mme Nicole Bellevaux au n° 0496/07.58.18 du lundi au vendredi après 17 h.

Organisation : BéséDIM (Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine)

ANNONCES

- 02008 **BRUXELLES EST** : Centre Médical en pleine activité cherche pour entrée immédiate **RHUMATOLOGUE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 02/733.42.79 après 19 h.
- 02009 **BRUXELLES** : Centre de médecine spécialisée situé à 1080 Bruxelles (Square Machtens) recherche la collaboration d'un(e) **PNEUMOLOGUE** pour reprise du service. Envoyer CV à **CARDIOASSISTANCE**, rue du Saphir 33, à 1030 Bruxelles.
- 02014 **BRUXELLES** : Centre de Médecine spécialisée situé à 1080 Bruxelles cherche **SECRETAIRE D'ACCUEIL** pour travail 2/3 – ¼ temps. Envoyer CV + lettre manuscrite à Cardioassistance, rue du Saphir 33, à 1030 Bruxelles.
- 02015 **CALAIS (FRANCE)** : Si vous comptez vous réoxygéner en passant un week-end en pleine nature dans la « région des deux Caps », ne manquez pas d'aller jeter un coup d'œil aux dernières oeuvres de J. Van den Nieuwenhof. **Du 22.2.2002 au 30.3.2002** (à la Galerie « Atout Cœur », rue Royale 38, à Calais, à l'« Office du Tourisme de Calais » et à l'hôtel « Georges V »). Ouvert du lundi après-midi au samedi. Vous pouvez déjà découvrir une vingtaine de toiles sur le site <http://users.skynet.be/jvdm>
- 02016 **FRANCE** (100 km Paris Ouest – Evreux, Eure) : Selarl de 6 associés sur 2 cliniques de 100 lits avec scanner. Cherche nouvel associé pour centre de **SENOLOGIE** en fort développement. Conditions financières très intéressantes. Contacter le Dr Jean-Vincent Courtel au 00.33.2.32.38.96.96.
- 02017 **FRANCE** (Tarbes – Préfecture des Hautes-Pyrénées) : Deux **PEDIATRES** associés cèdent importante clientèle pour cause de départ à la retraite le 30 mars 2002. Accès maternité et hôpital. Prix : 15.000 euros. Situation privilégiée à 1 h ¼ de la Côte Basque, ¾ h des pistes de ski, 1 h ¼ de Toulouse. Tél. : Dr Bildstein 00.33.5.62.93.07.90.
- 02018 **BINCHE** : Centre de Guidance psychologique de Binche recherche un **NEUROPSYCHIATRE** ou **PEDOPSYCHIATRE** pour un remplacement de longue durée. Il s'agit d'assumer la responsabilité thérapeutique de l'équipe et la consultation (de type "généraliste" en santé mentale – enfants – adolescents et adultes). L'horaire à pourvoir est de 15 heures semaine avec possibilité de négocier si la disponibilité du médecin est moindre. Contacter : E. ARON, Psychologue responsable, Centre de Guidance, rue de Robiano 85, 7130 BINCHE. Tél. : 064/33.63.68

Table des matières

• MESSAGE IMPORTANT	
• Modifications de nomenclatures au 1^{er} mars 2002.....	1
• Nomenclature des prestations de santé.....	3
• Mesures en matière de soins de santé	8
• Consentement éclairé – La Cour de Cassation rejette le renversement de la charge de la preuve.....	12
• Critères d'agrément des médecins spécialistes en psychiatrie.....	15
• Nomenclature art. 35 bis	20
• Prix scientifique PHARMACIA – règlement	22
• Prix GAGNA A. & CH. VAN HECK – règlement.....	22
• Réunions scientifiques	23
• Annonces.....	24

ATTENTION: les nouvelles règles interprétatives de la nomenclature ont été publiées au **Moniteur belge** du 13.03.2002. Vous les trouverez sur le site www.gbs-vbs.org ou, prochainement, dans votre boîte aux lettres.

La plupart de ces règles interprétatives entrent en vigueur le jour de leur publication.