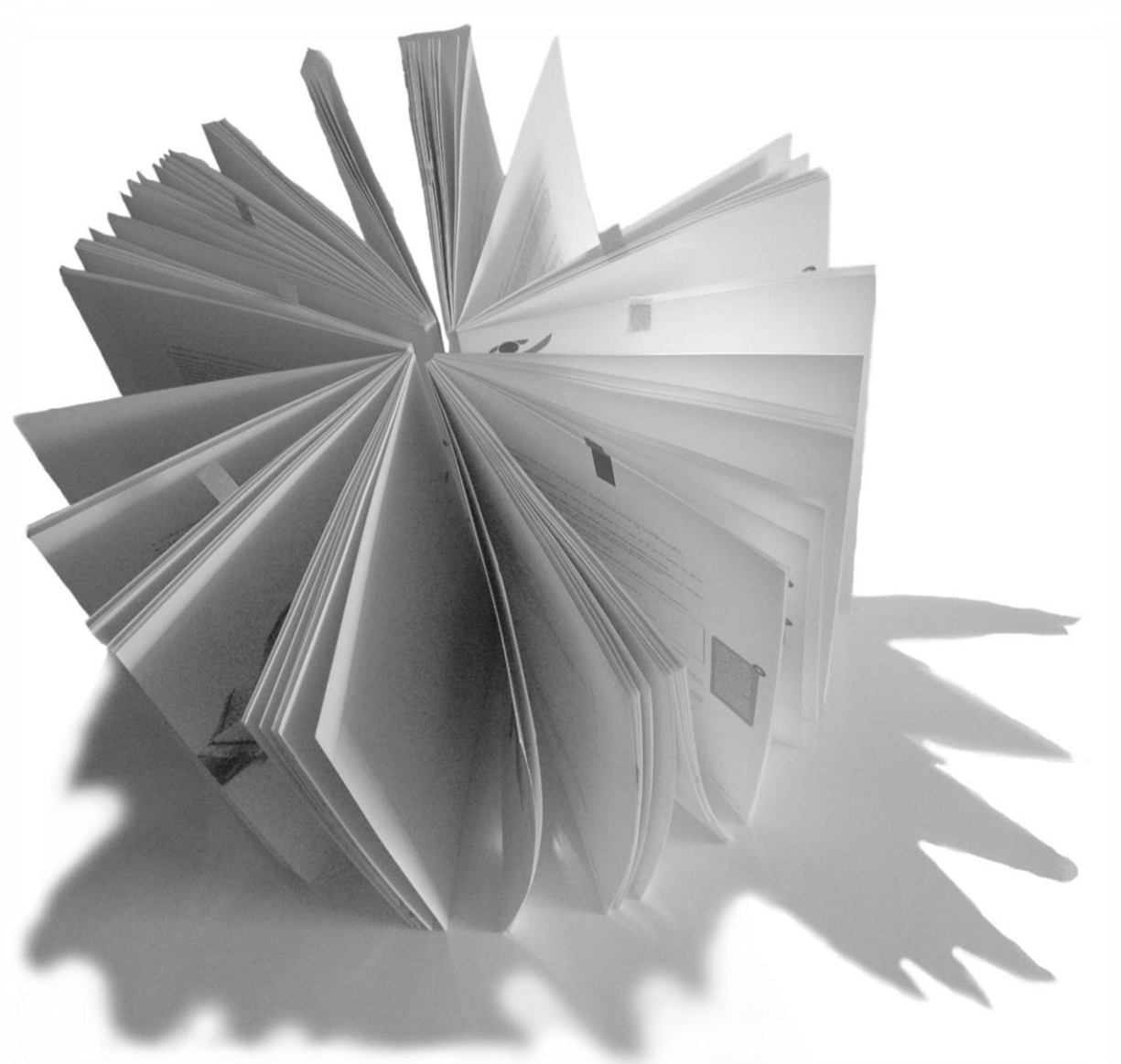


1<sup>re</sup> Partie  
Évolution de la législation en  
matière d'assurance soins  
de santé et indemnités



# 1<sup>er</sup> semestre 2025

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
17.02.2025	31.01.2025	Loi établissant et organisant la plateforme TRIO

## Résumé des modifications

La plateforme TRIO permet de partager les données médicales et les rapports médicaux nécessaires au trajet de réintégration ou à la procédure en question et d'échanger des informations sur les dossiers médicaux individuels. Par ailleurs, ce transfert d'informations, via la création d'un "dossier de communication pour la personne en incapacité de travail" dans lequel les données concernées sont conservées, n'est pas seulement prévu aux moments clés dans le cadre du trajet concerné tel que défini dans la réglementation applicable mais également à tout moment au cours du trajet (échanges informels).

La plateforme TRIO permet également l'échange électronique d'informations entre les acteurs précités qui ne sont pas directement liées à l'un des trajets ou procédures visés, mais où certaines données doivent être obtenues auprès d'un autre acteur, compte tenu des missions inscrites dans la réglementation applicable en matière, selon le cas, d'évaluation de l'état de l'incapacité de travail, d'évaluation de la nécessité de l'aide de tiers et de réintégration de la personne en incapacité de travail que l'acteur concerné doit exercer.

Les personnes ayant accès à la plateforme TRIO sont :

- les médecins-conseils, les collaborateurs de l'équipe multidisciplinaire, les collaborateurs administratifs travaillant sous la responsabilité de ces médecins-conseils ou de ces collaborateurs de l'équipe multidisciplinaire et les "Coordinateurs Retour Au Travail", travaillant dans l'organisme assureur auprès duquel la personne en incapacité de travail est affiliée ou inscrite
- les conseillers en prévention-médecins du travail, le personnel infirmier et le personnel administratif travaillant sous la responsabilité de ces conseillers en prévention-médecins du travail et employés dans la section chargée de la surveillance médicale du service externe de prévention et de protection au travail auquel l'employeur de la personne en incapacité de travail fait appel
- le médecin traitant (médecin généraliste) de la personne en incapacité de travail et les collaborateurs administratifs travaillant sous la responsabilité de ce médecin traitant.

## 2. Arrêtés royaux modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
17.03.2025 – Édition 2	05.03.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant la composition de la Commission de Remboursement des médicaments

### Résumé des modifications

L'article 122*nonies*, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est complété par le 12° rédigé comme suit :

"12° un membre effectif et un membre suppléant, représentant des associations de patients, proposés par le Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions, sur proposition du forum patients visé à l'article 13/2 de la loi coordonnée."

Moniteur belge	Date	Titre
07.04.2025	27.03.2025	Arrêté royal portant exécution de l'article 34, alinéa 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal régit l'utilisation des soins à distance dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins de santé et des indemnités. Il établit la base juridique et les directives pratiques pour la prestation de soins médicaux à distance via les technologies de l'information et de la communication.

Moniteur belge	Date	Titre
18.04.2025 – Édition 1	10.04.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 <sup>er</sup> , 3°, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs

### Résumé des modifications

À l'annexe 1<sup>re</sup> jointe à l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs, des pansements actifs sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
05.06.2025	17.05.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 <sup>er</sup> , 3°, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs

### Résumé des modifications

L'arrêté royal supprime des lignes à l'annexe 1<sup>re</sup> jointe à l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
26.05.2025	11.05.2025	Arrêté royal modifiant l'article 37 <i>bis</i> , § 1 <sup>er</sup> , E., de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 37*bis*, § 1<sup>er</sup>, E, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- au 1°, le numéro d'ordre "355994" est inséré entre le numéro d'ordre "355972" et le numéro d'ordre "472511"
- au 5°, les numéros d'ordre "471516", "474132" et "474154" sont supprimés
- au 7°, au second alinéa, les mots "et 553630" sont remplacés par les mots ", 553630 et 557314".

### 3. Arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
30.01.2025	24.01.2025	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 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

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 5 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 :

- le paragraphe 1<sup>er</sup> est modifié comme suit :
  - => dans la rubrique "soins conservateurs" après la prestation 373656-373660, la règle d'application est remplacée ;
  - => dans la rubrique "soins conservateurs" le libellé de la prestation 373796-373800 est remplacé ;
  - => dans la rubrique "prothèses dentaires amovibles, consultations comprises :", "A. Prothèses amovibles jusqu'au 19<sup>e</sup> anniversaire :" est remplacé ;
  - => dans la rubrique "prothèses dentaires amovibles, consultations comprises", la prestation 378335-378346 est remplacée ;
- dans le paragraphe 2, dans la rubrique "soins conservateurs", le libellé de la prestation 303796-303800 est remplacé.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 6 de la même annexe :

- au paragraphe 4*bis.*, deuxième alinéa, les mots "chez des jeunes de moins de quinze ans" sont supprimés
- au § 5, le point "1. Généralités" est remplacé
- au § 5, point "2. Limites d'âge", point 2.4, les mots "Le Conseil technique dentaire détermine les honoraires de 378954-378965 et 378976-378980 qui sont égaux aux honoraires fixés pour des prothèses identiques comme prévus à l'article 5, § 2." sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
18.04.2025 – Édition 2	27.03.2025	Arrêté royal modifiant 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
25.07.2025	27.03.2025	Arrêté royal modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 1<sup>er</sup>, § 2, les mots "Y pour celles relevant de la compétence des bandagistes, T pour celles relevant de la compétence des orthopédistes" sont remplacés par les mots "O pour celles relevant de la compétence des technologues orthopédiques"
- les articles 27, 28, § 8 et 29, sont abrogés
- les articles 27/1, 28/1 et 29/1 sont établis conformément au texte annexé à l'arrêté royal.

Moniteur belge	Date	Titre
13.05.2025	28.04.2025	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 3bis, 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

### Résumé des modifications

À l'article 25, § 3bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, dans la cinquième règle d'application suivant la prestation 590450, au 5°, l'alinéa 2 est remplacé comme suit :

"Le rapport fait partie du dossier médical du patient et il est transmis au médecin généraliste qui gère le dossier médical global, et au médecin référant."

Moniteur belge	Date	Titre
15.05.2025 – Édition 2	10.04.2025	Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 7 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 :

- le § 1<sup>er</sup>, 1°, l.a), l.b) et l.c) sont complétés
- au § 3*bis*, 1° les alinéas 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> sont remplacés
- le § 10 est remplacé
- au § 14, 2°, les alinéas 1<sup>er</sup> à 5 sont remplacés.

Moniteur belge	Date	Titre
27.05.2025	17.05.2025	Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 7 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 :

- le § 8 est complété
- au § 10, la disposition "Par nouvelle situation pathologique il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement de kinésithérapie réalisé au cours de la même année calendrier et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale." est supprimée
- au § 11, premier alinéa, les mots "14*ter*, 14*quater* ou 14*quinquies*" sont remplacés par les mots "ou 14*ter*"
- au § 11, la disposition "Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients souffrant d'une lésion d'origine encéphalique :." est remplacée

- au § 11, la disposition "Jusqu'au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle le patient atteint son 21<sup>e</sup> anniversaire, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par jour. Ces prestations ne peuvent pas être cumulées le même jour avec d'autres prestations de l'article 7, § 1<sup>er</sup>, de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations "rapport écrit" (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 et 561411) avec lesquelles le cumul est possible." est remplacée
- au § 14, la disposition "Par nouvelle situation pathologique, il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement de kinésithérapie et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale." est supprimée
- le § 14, 5°, B., e) est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
26.05.2025	11.05.2025	Arrêté royal modifiant les articles 11, §§ 4 et 5, 14, e), 20, §§ 1 <sup>er</sup> et 2, 25, § 4, et 34, § 1 <sup>er</sup> , 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

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 11 :

- au paragraphe 4 :
  - => les libellés des prestations 355434-355445, 355456-355460 et 355471-355482 sont remplacés ;
  - => les prestations et les règles d'application 355994-356005 ; 356016-356020 ; 356031-356042 ; 356053-356064 sont insérées après la prestation 355471-355482 ;
- au paragraphe 5 :
  - => l'alinéa 1<sup>er</sup> est remplacé ;
  - => le libellé de la prestation 355913-355924 est remplacé.

L'arrêté royal supprime la prestation 227496-227500 à l'article 14, e), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 20 :

- au paragraphe 1<sup>er</sup>, b) :
  - => les prestations 471516-471520, 471531-471542 et 471553-471564 sont supprimées ;
  - => dans la deuxième règle d'application après la prestation 471855-471866, les mots "471516 - 471520, 471531 - 471542, 471553 - 471564," sont supprimés ;



- au paragraphe 1<sup>er</sup>, c), la quatrième règle d'application après la prestation 473970-473981 est remplacée
- au paragraphe 1<sup>er</sup>, d), les prestations 474036-474040, 474132-474143, 474154-474165 et 474213-474224 sont supprimées
- au paragraphe 2
  - => au A., 4., les mots "471516-471520, 471531-471542, 471553-471564," sont supprimés;
  - => au B., 3., les mots "471516-471520, 471531-471542, 471553-471564," , les mots "474036-474040," , et les mots "474213-474224," sont supprimés ;
  - => au C., 5., les mots "471516-471520," , les mots "474036-474040," et les mots " , 474213-474224" sont supprimés ;
  - => au C., 6., les mots "471516-471520," , les mots "474036-474040," et les mots " , 474213-474224" sont supprimés.

L'arrêté royal supprime les mots "471553 - 471564," , les mots "474036 - 474040," , les mots "474132 - 474143, 474154 - 474165," et les mots "474213 - 474224," à l'article 25, § 4, 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.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 34, § 1<sup>er</sup>, b), :

- le libellé de la prestation 589234-589245 est remplacé
- après la prestation 589234-589245, la règle d'application suivante est insérée : "La prestation 589234-589245 ne peut pas être attestée pour une ponction ou un drainage de la plèvre ou du péricarde ni pour le drainage d'un épanchement liquidien libre intrapéritonéal."

4. Autres arrêtés royaux		
Moniteur belge	Date	Titre
30.01.2025	24.01.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires
10.02.2025	24.01.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires. - <i>Erratum</i>

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace l'article 5 de l'arrêté royal du 28 juin 2016 qui détermine pour quelles prestations l'intervention personnelle est nulle.

Moniteur belge	Date	Titre
31.01.2025	20.01.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 2018 portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 2, § 1<sup>er</sup>, 6°, de l'arrêté royal du 2 décembre 2018 portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité, sont apportées les modifications suivantes :
  - => les codes "592852", "592955", "593051" et "593154" sont abrogés ;
  - => la disposition est complétée par le code "592992".
- l'annexe 1<sup>re</sup> est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
18.04.2025 – Édition 2	27.03.2025	Arrêté royal portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des semelles orthopédiques, des chaussures orthopédiques et de certaines autres prestations de la technologie orthopédique

### Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe l'intervention personnelle mise à charge des bénéficiaires dans le coût :

- de certaines prestations d'orthopédie visées à l'article 27/1, H. ORTHESES, 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
- des chaussures orthopédiques classées dans les catégories A, B, C et D, prévues à l'article 29/1, A. CHAUSSURE ORTHOPEDIQUE SUR MESURE, APPLICATIONS ORTHOPEDIQUES COMPRISES, MEME SI CELLES-CI DOIVENT ETRE FIXEES DANS LA CHAUSSURE, PAR PIECE, de la même annexe.
- des semelles orthopédiques visées à l'article 29/1, B. SEMELLES ORTHOPEDIQUES, de la même annexe.

L'arrêté royal du 10 novembre 2001 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des semelles orthopédiques, des chaussures orthopédiques et de certaines autres prestations d'orthopédie est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
12.05.2025	28.04.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 décembre 2018 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger

#### Résumé des modifications

Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2025 au 31 décembre 2025, le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger est fixé à 820,57 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
15.05.2025 – Édition 2	10.04.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace l'annexe 2.

Moniteur belge	Date	Titre
28.05.2025	17.05.2025	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux sages-femmes pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux en 2024

#### Résumé des modifications

Le montant pour l'année de la prime s'élève à 800 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
13.06.2025	25.05.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 1<sup>er</sup> est complété par les 41° et 42°
- il est inséré un article 14/1

- à l'article 16, les modifications suivantes sont apportées :
  - => dans le 5°, les mots "dans le cas où cela concerne une spécialité pour laquelle une évaluation clinique commune n'a pas été entamée," sont insérés entre les mots "5°" et les mots "une justification de la proposition" ;
  - => dans le 5°, les mots "ainsi que de motivations scientifiques." sont remplacés par les mots "ainsi que de motivations scientifiques ;" ;
  - => l'article est complété par le 6°;
- à l'article 23, les modifications suivantes sont apportées :
  - => dans le 5°, les mots "dans le cas où cela concerne une spécialité pour laquelle une évaluation clinique commune n'a pas été entamée," sont insérés entre les mots "5°" et les mots "une justification de la proposition" ;
  - => dans le 5°, les mots "ainsi que de motivations scientifiques." sont remplacés par les mots "ainsi que de motivations scientifiques ;" ;
  - => l'article est complété par le 6 ;
- à l'article 30, les modifications suivantes sont apportées :
  - => dans le 5°, les mots "dans le cas où cela concerne une spécialité pour laquelle une évaluation clinique commune n'a pas été entamée," sont insérés entre les mots "5°" et les mots "une justification de la proposition" ;
  - => dans le 5°, les mots "ainsi que de motivations scientifiques." sont remplacés par les mots "ainsi que de motivations scientifiques ;" ;
  - => l'article est complété par le 6 ;
- à l'article 55, les modifications suivantes sont apportées :
  - => dans le 5°, les mots "dans le cas où cela concerne une spécialité pour laquelle une évaluation clinique commune n'a pas été entamée," sont insérés entre les mots "5°" et les mots "une proposition concernant le remboursement et sa justification";
  - => dans le 5°, les mots "et sa justification." sont remplacés par les mots "et sa justification, accompagnée d'études cliniques et épidémiologiques publiées et non publiées, ainsi que de motivations scientifiques ;" ;
  - => l'article est complété par le 6 ;
- il est inséré un article 59/1
- à l'article 61, les modifications suivantes sont apportées :
  - => dans le paragraphe 2, 2°, les mots "conformément à l'article 13, 3, du règlement précité," sont remplacés par les mots "conformément à l'article 13, 3, du règlement précité," ;
  - => dans le paragraphe 2, est inséré le 3° /1.

Moniteur belge	Date	Titre
17.06.2025	05.06.2025	Arrêté royal déterminant le montant des frais d'administration attribués aux unions nationales pour l'année 2025 en vue de la préparation et de la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail" dans le cadre de l'assurance indemnités en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

#### Résumé des modifications

Le montant des frais d'administration attribués aux unions nationales en vue de la préparation et de la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail" visés à l'article 110, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée est fixé à 824.000 EUR pour l'année 2025.

Moniteur belge	Date	Titre
26.06.2025	19.06.2025	Arrêté royal déterminant le montant des frais d'administration attribués aux organismes assureurs pour l'année 2025 en vue de la préparation et de la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail" dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés

#### Résumé des modifications

Le montant des frais d'administration attribués aux unions nationales en vue de la préparation et de la mise en œuvre des "Trajets Retour Au Travail" visés à l'article 100, § 1<sup>er</sup>/1, de la loi coordonnée est fixé à 8.120.000 EUR pour l'année 2025.

Moniteur belge	Date	Titre
26.06.2025	21.06.2025	Arrêté royal portant exécution de la loi du 8 mai 2019 modifiant la prise en charge des prestations de logopédie

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal est pris suite à l'annulation de l'arrêté royal du 17 juillet 2024 portant exécution de la loi du 8 mai 2019 modifiant la prise en charge des prestations de logopédie par le Conseil d'État en raison du défaut d'accomplissement d'une formalité c'est-à-dire la réalisation d'une recherche pluridisciplinaire approuvée par la Commission de conventions avec les logopèdes.

Une étude pluridisciplinaire a été approuvée par la Commission de conventions logopèdes-organismes assureurs le 22 mai 2025.

## 5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
10.01.2025	19.12.2024	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
21.01.2025 – Édition 1	14.01.2025	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
10.03.2025	14.01.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I et à l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
21.01.2025 – Édition 1	15.01.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
30.01.2025	22.01.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
18.02.2025	13.02.2025	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à :

- l'annexe I
- l'annexe II, sont apportées les modifications suivantes :
  - => le point III.3.6. est modifié, rédigé comme suit : "Médicaments destinés au traitement du lupus sévère.: B-321" ;
  - => le point VII.7.17. est inséré, rédigé comme suit : "Infections dues au cytomégalo virus chez les nouveau-nés: B-388".
- l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
25.02.2025	13.02.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
21.03.2025	14.03.2025	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
17.04.2025	14.03.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications :

- à l'annexe I
- l'inscription de spécialités est remplacée
- un code ATC est ajouté à l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
18.04.2025 – Édition 1	10.04.2025	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications :

- à l'annexe I
- à l'annexe II, le point XVII.14. est inséré
- à l'annexe IV, des codes ATC sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
25.04.2025	22.04.2025	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels remplacent l'inscription de spécialités à l'annexe I de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.



Moniteur belge	Date	Titre
21.05.2025	14.05.2025	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

- Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
20.01.2025	15.01.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20 <sup>o</sup> <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- les articles 1 à 2/3 compris dans la Partie II, Titre 2, Chapitre I : Nutrition entérale par sonde à domicile, de la liste annexée à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20<sup>o</sup> *bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sont remplacés par les articles 1 à 5
- dans la Partie III, Titre 3 de la liste annexée, le document C31) est remplacé
- toutes les demandes d'intervention accordées par le médecin-conseil avant l'entrée en vigueur du présent arrêté ministériel restent valables durant leur période de validité.

Moniteur belge	Date	Titre
07.02.2025 – Édition 1	23.01.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes dans le paragraphe 4 de la partie II, titre 1, chapitre I de l'annexe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- au 1°, les mots "précédente fourniture" sont remplacés par les mots "première facture"
- dans le texte néerlandais, au 2°, le mot "rekening" est remplacé par le mot "factuur".

Moniteur belge	Date	Titre
11.02.2025	28.01.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° et 20° bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications :

- dans la Partie I, Titre 1, Chapitre II, Section 5 de la liste annexée à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, des sondes sont remplacées
- dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I de la liste annexée au même arrêté, des modifications sont apportées au § 10000 et au § 250000.

Moniteur belge	Date	Titre
05.03.2025	20.02.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel ajoute un moyen dans la liste de la partie I, titre 1, Ch.III - moyens diagnostiques, section 2 glucomètre - porte lancette - tiges - lancettes de l'annexe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
10.03.2025	26.02.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- dans la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 3 de la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, des lignes sont remplacées
- dans la liste partie I, titre 2, chapitre I du même arrêté, une disposition est insérée au § 30000.

Moniteur belge	Date	Titre
15.04.2025	02.04.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- la partie I, titre 3, chapitre IV, de la liste jointe comme annexe de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est complétée par un § 34
- dans la liste partie I, titre 3, chapitre V, une ligne est supprimée
- dans la liste partie I, titre 3, chapitre VI, des lignes sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
19.05.2025	13.05.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° et 20° <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
01.07.2025	13.05.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° et 20° <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- un produit est supprimé dans la partie I, titre 1, chapitre III, section 2, de la liste jointe comme annexe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5° a), 19°, 20° et 20° *bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I de la liste annexée, une disposition est supprimée au § 10000
- dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I de la liste annexée, un paragraphe 30100 est ajouté à la suite du paragraphe 30000
- dans la Partie III, Titre 3 de la liste annexée, le document C12) est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
17.06.2025	11.06.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I de la liste jointe comme annexe de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- des dispositions sont insérées au § 10000
- le § 170000 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
05.02.2025	20.01.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- au point "E.1.4. Autres", les prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664 et leurs modalités de remboursement sont abrogées
- le point "E.1 Intervention sur l'œsophage" est complété par le point "E.1.5 Ablation"
- le point "E.1.5 Ablation" est complété par les prestations 172616-172620 ; 172631-172642 ; 172653-172664 ; 185290-185301 ; 185312-185323 et 185334-185345 et leurs modalités de remboursement
- la condition de remboursement E- § 10 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
19.05.2025	15.05.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à la condition de remboursement E- § 10 :

- dans le texte français, les mots "1.4. candidature de l'établissement hospitalier" sont remplacés par les mots "1.4. Formulaire de candidature de l'établissement hospitalier"
- le point "5.2. Autres règles", est complété par le point "5.2.3. Mesures transitoires"
- au point "7. Traitement des données", les mots "au point 1.4." sont remplacés par les mots "aux points 1.4. et 5.2.3."

Moniteur belge	Date	Titre
06.03.2025	24.02.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- au chapitre "B. Neurochirurgie" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs : le point "B.2 Neurostimulateurs et accessoires" est complété par le point "B.2.9 Neurostimulateurs et accessoires en cas de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs" et par les prestations et ses modalités de remboursement

- aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, est ajoutée une nouvelle liste nominative 397 associée aux prestations 185430-185441, 185452-185463, 185474-185485, 185496-185500, 185511-185522, 185533-185544, 185555-185566, 185570-185581, 185592-185603, 185614-185625, 185636-185640, 185651-185662, 185673-185684, 185695-185706, 185710-185721, 185732-185743 et 185754-185765.

Moniteur belge	Date	Titre
08.05.2025	05.05.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

#### Résumé des modifications

- L'arrêté ministériel remplace les conditions de remboursement B- § 01, B- § 03 et B- § 12 au chapitre "B. Neurochirurgie" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Moniteur belge	Date	Titre
17.03.2025 – Édition 2	11.03.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- le point "G.2. Matériel de thrombectomie ou embolectomie" est complété par la prestation 185835-185846 et ses modalités de remboursement
- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement G- § 12 :  
=> le premier alinéa du point "1. Critères concernant l'établissement hospitalier" est remplacé ;



- => le point 1, b), est remplacé ;
- => au premier alinéa du point "2. Critères concernant le bénéficiaire", les mots "et 185275-185286" sont remplacés par les mots ", 185275-185286 et 185835-185846", et le mot "simultanément" est supprimé ;
- => au premier alinéa du point "3. Critères concernant le dispositif", les mots "et 185275-185286" sont remplacés par les mots ", 185275-185286 et 185835-185846" ;
- => le point "3.1. Définition" est complété ;
- => au premier alinéa du point "3.2. Critères", les mots "et 185275-185286" sont remplacés par les mots ", 185275-185286 et 185835-185846" ;
- => le 1<sup>er</sup> alinéa du point "5.1. Règles de cumul et de non-cumul" est remplacé ;
- => le point "5.1. Règles de cumul et de non-cumul" est complété ;

Aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, est ajoutée une nouvelle liste nominative 39801 associée à la prestation 185835-185846.

Moniteur belge	Date	Titre
21.03.2025	28.02.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 24 mars 2024 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1 <sup>er</sup> , 1 <sup>o</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour l'intervention dans le coût d'un traitement par hadronthérapie

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte la modification suivante à l'annexe de l'arrêté royal du 24 mars 2024 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- pour l'intervention dans le coût d'un traitement par hadronthérapie, au 1.1. Enfants (<20 ans) la liste sous la rubrique Type tumeur est complétée par ce qui suit : "19) Tumeurs rares du système nerveux central (incidence < 6/100 000/an et/ou syndrome de prédisposition au cancer/syndrome génétique entraînant une radiosensibilité accrue)".

Moniteur belge	Date	Titre
05.05.2025	11.04.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs
26.05.2025	11.04.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexe 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- le point "F.1.6.1.2. Valve biologique" est complété par la prestation 185850-185861 et ses modalités de remboursement
- le point "F.1.6.1.5. Stent valvulaire implantable par voie percutanée" est complété par les prestations 185776-185780 ; 185791-185802 et 185813-185824 et leurs modalités de remboursement
- le libellé et les modalités de remboursement de la prestation 172734-172745 sont remplacés
- le libellé de la prestation 172756-172760 et de la prestation 181952-181963 sont remplacés
- les modifications suivantes sont apportées à la condition de remboursement F- § 09 :
  - => dans l'intitulé "Prestations liées :", les prestations 185776-185780 ; 185791-185802 ; 185813-185824 et 185850-185861 sont ajoutées ;
  - => les points "1. Critères concernant l'établissement hospitalier" et "2. Critères concernant le bénéficiaire" sont remplacés ;
  - => au point "3. Critères concernant le dispositif", les mots "et 181952-181963" sont remplacés par les mots ", 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824, 184214-184225, 185850-185861 et 181893-181904" ;
  - => au point "3.1. Définition", le troisième et le quatrième alinéa sont remplacés ;

- => au point 3.2.1., les mots "et 181952-181963" sont remplacés par les mots ", 181952-181963, 185776-185780, 185791-185802 et 185813-185824" ;
- => le point "3.2.2." est remplacé ;
- => au 1<sup>er</sup> alinéa du point "4.1.1.", les mots en néerlandais "de verplichte ziekteverzekering" sont remplacés par les mots "de verplichte verzekering" et les mots "et 181952-181963" sont remplacés par les mots ",181952-181963, 185776-185780, 185791-185802, 185813-185824 et 185850-185861";
- => les point 4.1.2. et 4.1.3. sont remplacés ;
- => un point 4.1.4 est inséré ;
- => le point "5. Règles d'attestation" est remplacé ;
- => à l'alinéa 1<sup>er</sup> du point "7. Traitement des données", les mots "aux points 1.6., 4.1.1. et 4.1.2." sont remplacés par les mots "aux points 1.2.7., 2.1. d), 2.4. b), 4.1.1., 4.1.2., 4.1.3. et 4.1.4. "

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes aux listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- la nouvelle liste nominative "Valves biologiques à feuillets à base de péricarde animal avec une calcification réduite avérée des feuillets de la valve" est ajoutée
- la liste nominative "Stent valvulaire percutané implantable en position aortique (TAVI)" est remplacée par l'annexe 2.

Moniteur belge	Date	Titre
06.06.2025	14.05.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radiopharmaceutiques

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à l'annexe I de l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radiopharmaceutiques :

- les modalités de remboursement sont remplacées au chapitre I, §20009
- un produit radio-pharmaceutique est inséré au §20011.

## 6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
08.01.2025	28.10.2024	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### Résumé des modifications

Le formulaire L-Form-II-02 concernant la pose de candidature, auquel il est fait référence au chapitre "L. Orthopédie en traumatologie" de la liste, est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
05.02.2025	16.12.2024	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### Résumé des modifications

Les formulaires C-Form-II-01, D-Form-II-01, E-Form-II-01, E-Form-II-02, F-Form-II-06, F-Form-II-08 et L-Form-II-03, auxquels il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, sont modifiés.

Moniteur belge	Date	Titre
06.03.2025	03.02.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### Résumé des modifications

Le formulaire B-Form-I-16 auquel il est fait référence au chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste, est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
05.05.2025	10.03.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

#### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande, les formulaires F-Form-II-05 et F-Form-I-08 auxquels il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, sont modifiés et les formulaires F-Form-I-21 et F-Form-I-22 auxquels il est fait référence au même chapitre de la liste, sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
06.05.2025	10.03.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

#### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande, le formulaire F-Form-I-17 auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
15.05.2025 – Édition 2	17.02.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables
30.05.2025	17.02.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

À l'annexe du règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs concernant la procédure de demande, les formulaires B-Form-II-01, B-Form-I-13 et B-Form-II-04 auxquels il est fait référence au chapitre "B. Neurologie" de la liste, sont modifiés. Les formulaires B-Form-I-02, B-Form-I-03 et B-Form-I-14 auxquels il est fait référence au même chapitre, sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
02.06.2025	19.05.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

### Résumé des modifications

Au règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, les formulaires T-Temp-II-01, T-Temp-II-02 et T-Temp-II-03 concernant les formulaires de demande pour les listes nominatives et la liste des défibrillateurs cardiaques implantables sont modifiés.

Moniteur belge	Date	Titre
31.01.2025	30.09.2024	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Le règlement remplace le paragraphe 1 de l'article 23, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
25.02.2025	03.02.2025	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 30*decies*, les numéros de code "102852" sont à chaque fois remplacés par les numéros de code "400374" ;
- l'annexe 85 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
26.03.2025	10.03.2025	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Les annexes 98a, 98b, 98c, 98d, 98e, 98f et 99 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
18.04.2025 – Édition 2	28.10.2024	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
19.05.2025	28.10.2025 (sic)	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 6, § 1<sup>er</sup>, le 7° est remplacé
- les annexes 13, 13<sup>ter</sup>, 16, 18A, 18B, 21, 21<sup>bis</sup>, 21<sup>ter</sup>, 21<sup>quater</sup>, 92, 92<sup>bis</sup>, 93, 94A et 94B sont respectivement remplacées par les annexes 13, 13<sup>ter</sup>, 16, 18A, 18B, 21, 21<sup>bis</sup>, 21<sup>ter</sup>, 21<sup>quater</sup>, 92, 92<sup>bis</sup>, 93, 94A et 94B
- les annexes 13<sup>bis</sup>, 19, 19<sup>bis</sup>, 19<sup>ter</sup> et 20 sont abrogées.

Moniteur belge	Date	Titre
28.04.2025	14.04.2025	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement remplace les annexes 17 et 17<sup>bis</sup>.

Moniteur belge	Date	Titre
26.05.2025	28.10.2024	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement remplace l'alinéa 2 à l'article 6, § 1<sup>er</sup>, 5°, comme suit :

"Lors de la facturation des prestations chirurgicales et des prestations 355994-356005, 356016-356020 et 356031-356042, le médecin mentionne la latéralité (gauche ou droite) pour chaque membre et chaque organe pair. Les prestations concernées sont reprises dans la liste Excel "membre traité" qui fait partie des instructions pour la facturation électronique.



Si l'attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 10 est utilisée, la latéralité (G ou D) est indiquée sur l'attestation, dans la colonne à droite du numéro de nomenclature correspondant. Lorsque l'attestation globale de soins donnés conforme au modèle de l'annexe 28 est utilisée, la latéralité (G ou D) est mentionnée dans la colonne intitulée "CD L/A/S (2)".

Moniteur belge	Date	Titre
04.06.2025	19.05.2025	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Dans le chapitre XV/1 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est inséré une section IV rédigé comme suit :

"Section IV. Modalités de lecture électronique d'un document d'identité par les praticiens de l'art dentaire

#### Sous-section I. Introduction manuelle du NISS du bénéficiaire

Art. 32/21. En cas de décès du bénéficiaire pendant la période de confection de sa prothèse dentaire ou si le travail prothétique pour un patient cancéreux ou en cas d'anodontie et/ou d'oligodontie est interrompu prématurément en raison du décès du patient ou pour des raisons médicales impérieuses, le praticien de l'art dentaire utilise l'introduction manuelle comme prévu à l'article 32/8 et précise la situation concernée comme raison d'introduction manuelle.

#### Sous-section II. Prestations sans vérification de l'identité

Art. 32/22. L'identité du bénéficiaire ne doit pas être vérifiée pour:

- les prestations d'avis téléphonique chez un patient avec une demande de soins dans le cadre ou en dehors du cadre d'un service de garde organisé agréé
- l'analyse des données et élaboration d'un plan de traitement et conservation de l'annexe 60 ou équivalent dans le dossier patient
- l'analyse céphalométrique sur une téléradiographie remboursable, à l'exclusion de la radiographie."

Moniteur belge	Date	Titre
13.06.2025	19.05.2025	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- à l'article 6, § 1, 12°, les mots "annexes 98a, 98b, 98c, 98d, 98e et 98f" sont remplacés par les mots "annexes 98a, 98b, 98c, 98d, 98e, 98f et 98g"
- l'annexe 98a est remplacée
- l'annexe 98g est ajoutée.

Moniteur belge	Date	Titre
03.02.2025 – Édition 1	09.09.2024	Règlement modifiant le règlement du 11 décembre 2023 fixant le modèle d'affiche pour l'affichage des tarifs par les opticiens

### Résumé des modifications

Les modèles d'affiche pour l'opticien conventionné et non conventionné sont remplacés.

Moniteur belge	Date	Titre
12.05.2025	19.02.2025	Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1 <sup>er</sup> , 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le règlement remplace l'annexe V-1 du règlement du 16 avril 1997 (le formulaire concernant la décision de reconnaissance ou de prolongation de l'incapacité de travail prise par le médecin-conseil et qui est transmise au titulaire dans le régime des travailleurs salariés).

Il s'agit d'une adaptation des "remarques importantes" reprises sur ce formulaire dans le cadre d'une (meilleure) sensibilisation et responsabilisation des assurés reconnus en incapacité de travail.

La nouvelle version du formulaire mentionne aussi des informations sur :

- les contacts physiques organisés durant la première année d'incapacité de travail et les conséquences d'une absence à ces contacts physiques :
  - => premier contact physique : au plus tard, durant le quatrième mois de l'incapacité de travail ;
  - => deuxième contact physique : durant le 7<sup>e</sup> mois de l'incapacité de travail ;
  - => troisième contact physique : durant le 11<sup>e</sup> mois de l'incapacité de travail.

Les formalités et obligations à remplir (et les conséquences en cas de non-respect de ces formalités et obligations) en cas de déménagement en Belgique ou séjour temporaire (par ex. en cas de vacances) à une autre adresse en Belgique durant la première année de l'incapacité de travail ou en cas de déménagement ou séjour temporaire (par ex. en cas de vacances) à l'étranger durant la première année de l'incapacité de travail.

## 7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

24.01.2025 – Édition 2

### Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 29, § 1<sup>er</sup>, de la nomenclature des prestations de santé

#### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 42

##### Question

Est-ce que les patients sans fonction de la marche et de la statique peuvent prétendre au remboursement de chaussures orthopédiques ?

##### Réponse

Oui, l'objectif essentiel (dans ce contexte = le plus important) des chaussures et applications orthopédiques est de promouvoir, et éventuellement de corriger, les fonctions de la marche et de la statique, mais s'il n'y a pas de fonction de la marche et/ou de la statique, l'objectif de la chaussure orthopédique est de stabiliser et/ou corriger la malformation du pied.

Pour les patients en voiturette sans fonction de la marche et éventuellement sans fonction de la statique :

- une chaussure orthopédique sur mesure reprise sous le poste 64 (643451-643462) peut être remboursée si, pour les indications reprises sous le poste 64 - code 643451-643462, le bénéficiaire ne peut, en raison de la gravité de la déformation, être aidé de manière adéquate ni avec des chaussures de confection ni avec des chaussures d'habillement, avec ou sans orthèse plantaire.
- une chaussure d'habillement (653656-653660) peut être remboursée si le pied présente une malformation anatomique, prévue sous un des postes A et/ou B de l'article 29, § 7bis, et qu'une chaussure de confection n'est pas indiquée. La chaussure de confection n'est pas indiquée dans ce contexte si la forme du pied s'écarte des tailles prévues par la confection (le volume ou la malformation ne permettent pas le recours à la confection) et/ou à cause d'un risque élevé d'apparition de plaie.

La présente règle interprétative produit ses effets au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

## **Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 30, de la nomenclature des prestations de santé**

### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 2

#### Question

Les lentilles de contact optiques, figurant au point C.1., groupe 1, de l'article 30, peuvent être remboursées en cas d'anisométrie de 3,00 dioptries et plus.

L'anisométrie ou la différence de puissance entre les deux yeux de 3,00 dioptries et plus est évaluée sur base de la différence entre les deux méridiens extrêmes.

Comment les deux méridiens extrêmes doivent-ils être comparés ?

#### Réponse

Afin de pouvoir comparer les deux méridiens extrêmes, les formules sphéro-cylindriques doivent être notées de la même façon pour l'oeil droit et pour l'oeil gauche (soit en cylindre positif, soit en cylindre négatif).

Une formule sphéro-cylindrique en cylindre positif ne peut jamais être comparée à une formule sphéro-cylindrique en cylindre négatif dans le cadre du calcul d'anisométrie.

La présente règle interprétative entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge.

## **Règles interprétatives relatives à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables**

### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 48

#### Question

"Qu'entend-on par PMA? "

#### Réponse

Le Premarket Approval (PMA) est le processus d'évaluation réalisé par la Food and Drug Administration (FDA) pour examiner la sécurité et l'efficacité des dispositifs médicaux sur la base de la réglementation et de la documentation scientifique.

Un supplément ou amendement PMA est une soumission complémentaire requise lorsqu'une modification est apportée au dispositif, susceptible d'avoir un impact sur sa sécurité ou son efficacité. Un dispositif approuvé par la FDA uniquement avec un supplément ou amendement PMA ne répond pas au critère de la condition de remboursement : "Être approuvé par la FDA avec PMA.

La règle interprétative 48 produit ses effets le 1<sup>er</sup> juillet 2014.

Moniteur belge
----------------

28.03.2025 – Édition 1
------------------------

**Règle interprétative concernant le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de nirsevimab (BeyfortusR)**

La règle interprétative est abrogée.

Cette abrogation entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2025.

Moniteur belge
----------------

18.04.2025 – Édition 2
------------------------

19.05.2025 - <i>Erratum</i>
-----------------------------

**Règles interprétatives relatives aux prestations des articles 27, 28 § 8 et 29 de la nomenclature des prestations de santé**

Toutes les règles interprétatives sont abrogées.

Cette abrogation entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2025.

Moniteur belge
----------------

28.04.2025
------------

**Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 31, de la nomenclature des prestations de santé**

La règle interprétative 2 est remplacée par les dispositions suivantes :

**RÈGLE INTERPRÉTATIVE 2**

**Question**

Dans le cas d'un montage CROS ou BICROS, quelle oreille doit être prise en considération pour déterminer si la perte auditive nécessaire a été atteinte pour entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance?

**Réponse**

En cas de montage CROS ou BICROS, la plus mauvaise oreille doit être prise en considération pour déterminer si la perte auditive atteint le seuil nécessaire pour entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance.

Donc aussi bien avec une oreille non adaptable d'un côté et de l'autre côté une :

- audition normale
- perte auditive moyenne  $\geq 35$  dB
- perte auditive moyenne  $< 35$  dB aux fréquences de 1 000, 2 000 et 4 000 Hz
- perte auditive avec une perte SNR d'au moins 3 dB

on prend la perte auditive du "côté non adaptable" (la plus mauvaise oreille, donc pas de codes d'exception).

Cela signifie qu'avec un montage CROS ou BICROS, seuls les pseudocodes pour une perte auditive de 35 dB ou plus peuvent être attestés : 706414-706425 (avec audiométrie vocale) ou 716413-716424 (sans audiométrie vocale).

L'intervention complémentaire de l'assurance pour une adaptation CROS/BICROS ne peut être accordée que si un appareillage monophonique (cf. art. 31, 2.1.3) est délivré en même temps. En effet, une intervention complémentaire de l'assurance ne peut être attestée qu'en même temps qu'un appareillage de correction auditive (1.1.)."

La modification précitée produit ses effets au 1<sup>er</sup> juillet 2024.

Moniteur belge
----------------

19.05.2025
------------

## **Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 30, de la nomenclature des prestations de santé**

### **RÈGLE INTERPRÉTATIVE 3**

#### **Question**

Lorsqu'un verre de lunettes avec filtre médical avec absorption prédéterminée de la lumière bleue est délivré à un patient souffrant d'une indication médicale mentionnée au point A.6.1, de l'article 30, via quel groupe-cible doit-il être attesté ?

#### **Réponse**

Lorsqu'un verre de lunettes avec filtre médical avec absorption prédéterminée de la lumière bleue est délivré à un patient souffrant d'une indication médicale mentionnée au point A.6.1, de l'article 30, celui-ci doit toujours être attesté via le 4<sup>o</sup> groupe-cible : bénéficiaires nécessitant des verres de lunettes avec filtre médical avec absorption prédéterminée de la lumière bleue.

Si les conditions de renouvellement par rapport à la délivrance précédente ne sont pas remplies, ce verre ne peut pas faire l'objet d'un remboursement via un autre groupe-cible, même si le seuil de dioptrie de ce groupe-cible est atteint.

La présente règle interprétative produit ses effets au 1<sup>er</sup> décembre 2012.

Moniteur belge
19.05.2025

## **Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 27, de la nomenclature des prestations de santé**

### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 11

#### Question

L'article 27, § 9, prévoit que les prestations figurant sous "Matériel d'incontinence" ne sont remboursables qu'en cas d'incontinence urinaire en cas de perte urinaire par voie naturelle ou lors de l'utilisation d'une sonde à demeure introduite par voie naturelle.

Selon la circulaire O.A. 2023/267, le cumul entre poches urinaires pour les patients stomisés et matériel d'incontinence (prestations 640076, 640091 et 640172) n'est pas autorisé car les poches urinaires pour les patients stomisés sont remboursables via les interventions maximales de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour toute stomie des voies urinaires (prestations 655454, 655476, 655631, 655653, 655911 et 655970).

Lorsqu'un patient se trouve à la fois en situation de stomie et de perte urinaire par voie naturelle, peut-il bénéficier à la fois du remboursement des prestations de stomie et d'incontinence ?

#### Réponse

Oui, étant donné que le patient se trouve à la fois en situation de stomie et de perte urinaire par voie naturelle, il y a donc 2 "sites" distincts à appareiller. Ce patient peut donc bénéficier à la fois du remboursement pour les prestations de stomie et d'incontinence.

La présente règle interprétative produit ses effets au 1<sup>er</sup> mars 2022.

Moniteur belge
26.05.2025

## **Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 11 (Prestations spéciales générales) de la nomenclature des prestations de santé**

Les règles interprétatives 14 et 19 sont abrogées.

La présente décision entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Moniteur belge

30.05.2025

### **Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques ayant le rilpivirine comme unique principe actif (forme oral)**

#### Question

À partir du 1<sup>er</sup> juin 2025 dans quelle situation une spécialité pharmaceutique ayant le rilpivirine comme unique principe actif, peut-elle être remboursée dans le cadre du traitement de courte durée de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH- 1) chez les bénéficiaires pédiatriques de > ou = 12 ans et de > ou = 35kg virologiquement contrôlés (ARN du VIH-1 <50 copies/mL) sous traitement antirétroviral stable, sans preuve de résistance actuelle ou antérieure et sans antécédent d'échec virologique aux agents de la classe des inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et des inhibiteurs d'intégrase (INI) en combinaison avec le cabotégravir oral (VocabriaR) ?

#### Réponse

La forme orale de la spécialité pharmaceutique à base de rilpivirine (EdurantR 25mg) peut être remboursée sur la base d'une demande électronique dans le § 6290000 ou sur la base du formulaire de demande obligatoire standardisé existant pour EdurantR au § 6290000, complété(e) par le médecin-spécialiste responsable du traitement associé à un centre de référence SIDA ayant conclu une convention avec l'INAMI, qui certifie ainsi qu'au moment de la demande, le bénéficiaire se trouve dans la situation visée par le § 10870100 pour la forme orale du cabotégravir (VocabriaR 30mg).

La règle interprétative précitée prend effet le 1<sup>er</sup> juin 2025.

Moniteur belge

30.06.2025

### **Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 27/1, de la nomenclature des prestations de santé**

#### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 1

#### Question

L'article 27/1, F3., prévoit que les prestations figurant sous "Matériel d'incontinence" ne sont remboursables qu'en cas d'incontinence urinaire en cas de perte urinaire par voie naturelle ou lors de l'utilisation d'une sonde à demeure introduite par voie naturelle.

Selon la circulaire O.A. 2023/267, le cumul entre poches urinaires pour les patients stomisés et matériel d'incontinence (prestations 640076, 640091 et 640172) n'est pas autorisé car les poches urinaires pour les patients stomisés sont remboursables via les interventions maximales de l'assurance pour des dispositifs de stomie pour toute stomie des voies urinaires (prestations 655454, 655476, 655631, 655653, 655911 et 655970).

Lorsqu'un patient se trouve à la fois en situation de stomie et de perte urinaire par voie naturelle, peut-il bénéficier à la fois du remboursement des prestations de stomie et d'incontinence ?



Réponse

Oui, étant donné que le patient se trouve à la fois en situation de stomie et de perte urinaire par voie naturelle, il y a donc 2 "sites" distincts à appareiller. Ce patient peut donc bénéficier à la fois du remboursement pour les prestations de stomie et d'incontinence.

La présente règle interprétative entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2025.

Moniteur belge
----------------

30.06.2025
------------

## **Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 29/1 de la nomenclature des prestations de santé**

### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 1

Question

Est-ce que les patients sans fonction de la marche et de la statique peuvent prétendre au remboursement de chaussures orthopédiques ?

Réponse

OUI, l'objectif essentiel (dans ce contexte = le plus important) des chaussures et applications orthopédiques est de promouvoir, et éventuellement de corriger, les fonctions de la marche et de la statique, mais s'il n'y a pas de fonction de la marche et/ou de la statique, l'objectif de la chaussure orthopédique est de stabiliser et/ou corriger la malformation du pied.

Pour les patients en voiturette sans fonction de la marche et éventuellement sans fonction de la statique :

- une chaussure orthopédique sur mesure reprise sous le poste 64 (643451-643462) peut être remboursée si, pour les indications reprises sous le poste 64 - code 643451-643462, le bénéficiaire ne peut, en raison de la gravité de la déformation, être aidé de manière adéquate ni avec des chaussures de confection ni avec des chaussures d'habillement, avec ou sans orthèse plantaire
- une chaussure d'habillement (653656-653660) peut être remboursée si le pied présente une malformation anatomique, prévue sous un des postes A et/ou B de l'article 29/1, A.3., et qu'une chaussure de confection n'est pas indiquée. La chaussure de confection n'est pas indiquée dans ce contexte si la forme du pied s'écarte des tailles prévues par la confection (le volume ou la malformation ne permettent pas le recours à la confection) et/ou à cause d'un risque élevé d'apparition de plaie.

La présente règle interprétative entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2025.

## 8. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
31.01.2025	24.01.2025	Sixième avenant à la Convention nationale HOP/2020 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs

### Résumé des modifications

Cet avenant concerne les adaptations suivantes :

- création du forfait hôpital de jour groupe *1bis* : un nouveau forfait d'hospitalisation de jour, à savoir le "groupe *1bis*" a été créé. À partir du 1<sup>er</sup> octobre 2024, le tarif de ce groupe *1bis* est fixé à 228,06 EUR
- clarification du forfait hôpital de jour groupe *6bis* : à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023, le même tarif a été publié pour le groupe *6bis* que pour le groupe 6, cette disposition est rétrospectivement intégrée à la convention
- prolongation de la convention : la convention est prolongée jusqu'au 31 décembre 2026.

Moniteur belge	Date	Titre
21.02.2025 – Édition 2	14.02.2025	Texte de convention M/25 adopté par le Comité de l'assurance pour les kinésithérapeutes. - Notification point 11

### Résumé des modifications

La convention M/25 comprend les lignes directrices suivantes :

- à partir du 1<sup>er</sup> février 2025, les honoraires sont indexés de manière linéaire. Par le système des tickets modérateurs fixes, le montant que le patient doit payer lui-même ne change pas suite à ces augmentations
- une prime unique de convention est prévue pour les kinésithérapeutes qui adhèrent à cette convention. Pour cela, un montant total de 4.524.000 d'EUR seront consacrés.

De plus, les projets suivants seront soutenus en 2025 :

- la poursuite de la réflexion entamée en 2024 sur les mesures de soins appropriés qui visent de la kinésithérapie de qualité avec une affectation efficiente des moyens
- les modalités d'un enregistrement obligatoire de tous les montants facturés par les kinésithérapeutes
- une analyse intersectorielle sur l'octroi du forfait palliatif et du maintien du statut palliatif qui y est lié
- une plus grande transparence sur le fonctionnement des maisons médicales et plus particulièrement sur le financement des soins de kinésithérapie dans le cadre de ce système forfaitaire
- la poursuite de l'élaboration conceptuelle, scientifique et juridique du projet "frailty"
- une analyse sur les activités de certains groupes "atypiques" de kinésithérapeutes
- une analyse de l'évolution des dépenses du secteur.

Moniteur belge	Date	Titre
21.02.2025 – Édition 2	14.02.2025	Texte de convention V/25 adopté par le Comité de l'Assurance pour les sages-femmes. - Notification point 11

### Résumé des modifications

La convention comprend les éléments spécifiques suivants :

- l'utilisation des moyens disponibles en 2025 par l'indexation linéaire des honoraires à partir du 1<sup>er</sup> février 2025
- règle des 25 % : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2025, la diminution de l'intervention AMI de 25 % (*cfr.* à l'A.R. du 08.06.1967) n'est pas applicable pour les prestations effectuées par les sages-femmes qui n'ont pas adhéré à une convention. La réduction de 25 % de l'intervention de l'AMI ne s'applique que si plus de 60 % des dispensateurs de soins concernés ont adhéré à la convention individuelle. Étant donné que le Comité de l'assurance n'a pas encore pu déterminer le pourcentage des adhésions et n'a pas encore pu établir que le *quorum* de 60 % a été atteint, la diminution de l'intervention AMI (*cfr.* A.R. du 08.06.1967) pour les prestations effectuées par les sages-femmes qui n'ont pas adhéré à une convention n'est, pour l'instant, pas applicable.

Moniteur belge	Date	Titre
30.05.2025	23.05.2025	Cinquième avenant à la convention nationale du 16 novembre 2018 entre les hôpitaux et services psychiatriques et les organismes assureurs PSY 2019 <i>sexies</i> - Conseil des ministres du 23 mai 2025 - Notification point 17

### Résumé des modifications

L'avenant apporte les modifications suivantes :

- les articles *6bis* et 7, § 1/*bis* de la Convention nationale entre les hôpitaux et services psychiatriques et les organismes assureurs du 16 novembre 2018, sont abrogés
- à l'article 8, les modifications suivantes sont apportées :
  - => au paragraphe 4, les premier et seconds alinéas sont abrogés ;
  - => dans l'ancien alinéa 3 du paragraphe 4, qui devient l'alinéa premier, les mots "ce montant" sont remplacés par les mots "le montant visé à l'article 2, § 2, alinéa 6 de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités";
  - => le paragraphe 5 est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
13.06.2025	03.06.2025	Décision de la Commission de conventions bandagistes-orthopédistes-organismes assureurs relative aux modalités d'application du tiers payant pour les technologues orthopédiques

### Résumé des modifications

La Commission de conventions bandagistes-orthopédistes-organismes assureurs a fixé les modalités suivantes concernant l'application du tiers payant qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2025 pour tous les technologues orthopédiques :

- lorsque le technologue orthopédique, appelé ci-après le dispensateur de soins, applique le régime du tiers payant, il envoie les attestations de fournitures sur lesquelles figure la déclaration selon laquelle le bénéficiaire a reçu l'article, accompagnées d'une facture, à l'organisme assureur
- l'organisme assureur remet au dispensateur de soins, dans les quinze jours de l'introduction de la demande, lorsque la fourniture se fait dans les conditions du tiers-payant, un engagement de paiement, établi en double exemplaire et indiquant notamment de façon précise le type de fourniture en cause ; un exemplaire de l'engagement de paiement sera annexé à la facture du dispensateur de soins. L'engagement de paiement garantit, le cas échéant, que le délai de renouvellement par rapport à la fourniture précédente est écoulé
- l'organisme assureur paie dans un délai de six semaines à partir de la date à laquelle il a reçu la facture, pour autant que le dispensateur de soins ait facturé, conformément aux dispositions du point 4, avant la fin du deuxième mois suivant le mois au cours duquel les prestations ont été effectuées, le montant mentionné sous la rubrique "total" de l'état récapitulatif. L'organisme assureur est - sauf preuve du contraire - censé avoir reçu la facture le jour suivant son envoi par le dispensateur de soins, le cachet de la poste faisant foi de la date à laquelle le dispensateur de soins a envoyé la facture. À l'intervention de la partie la plus diligente, les retards d'introduction ou de paiement des factures sont portés à la connaissance de la Commission de conventions qui, au cours de sa séance la plus rapprochée, envisage les moyens pour remédier à cette situation. Une contestation motivée de la facturation, conformément aux dispositions du point 5., suspend le délai de paiement des prestations contestées à partir de la date de la contestation écrite émanant de l'organisme assureur, jusqu'à la date à laquelle le dispensateur de soins réagit par écrit. Le cachet de la poste fait foi aussi bien de la date de la contestation émanant de l'organisme assureur que de la date de la réaction émanant du dispensateur de soins.
- on entend par "facturation", la confirmation écrite d'une créance en argent, qui, dans le cadre de l'application du régime du tiers payant par l'organisme assureur, résulte d'une prestation de soins avec intervention de l'assurance soins de santé obligatoire accordée au bénéficiaire affilié ou inscrit auprès de celui-ci.

Une telle facturation doit, sous peine de nullité, comporter :

- => un état récapitulatif, établi en deux exemplaires conformément au modèle annexé au présent avis
- => les attestations de fourniture pour chacun des montants mentionnés sur l'état récapitulatif ;

=> le cas échéant et pour toutes les prestations facturées au moyen de cet état récapitulatif : les doubles des engagements de paiement transmis par l'organisme assureur en application des dispositions du point 2.

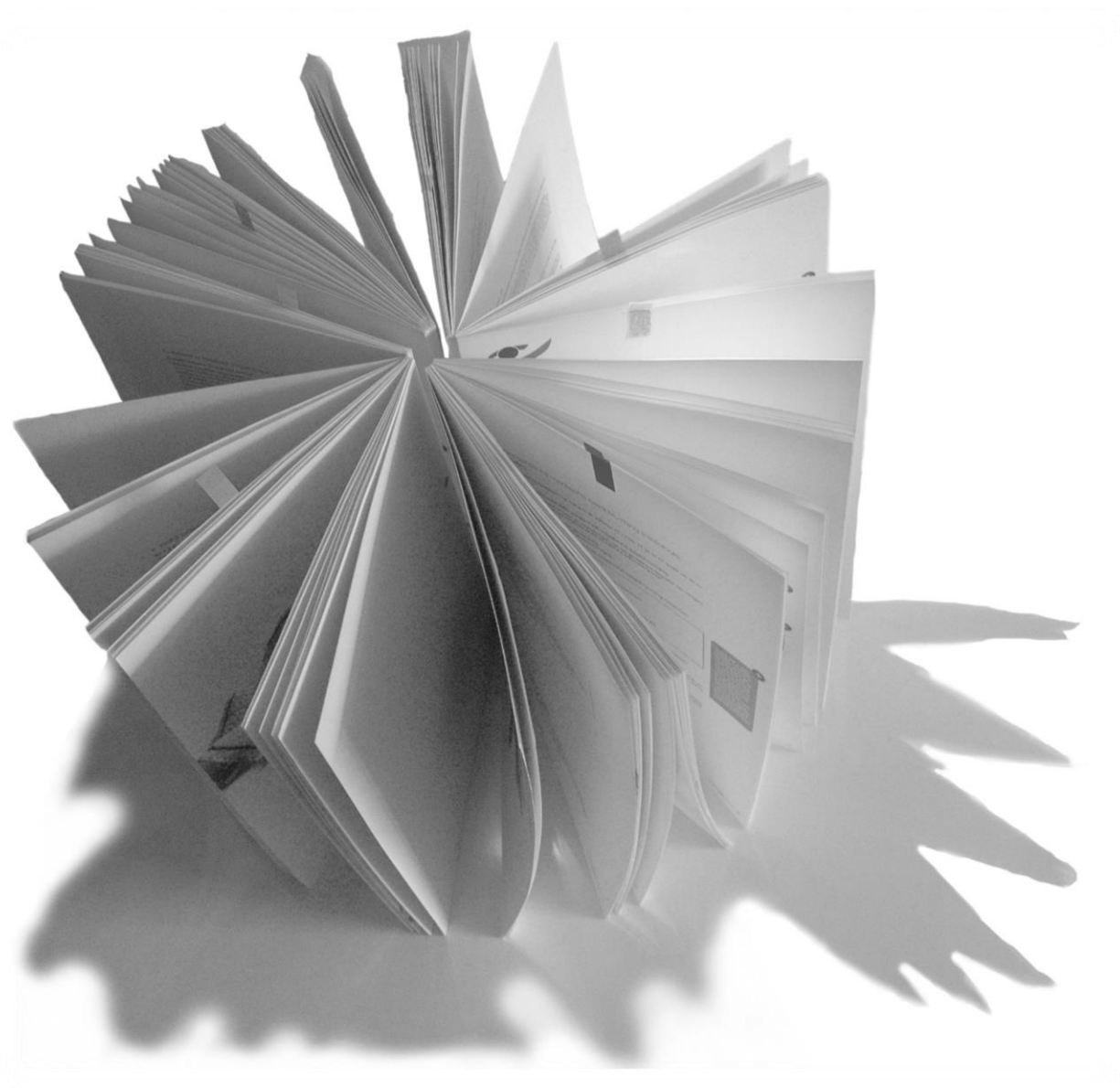
- l'organisme assureur a le droit de contester, dans le délai déterminé par l'article 174 de la loi du 14 juillet 1994 précitée, la totalité ou une partie de la facturation. La contestation d'une facturation doit toujours se faire par écrit, en mentionnant sur le double de l'état récapitulatif toutes les prestations contestées et en mentionnant la raison pour laquelle l'organisme assureur n'accepte pas cette facturation. Le dispensateur de soins dispose de soixante jours pour réagir à une telle contestation. Si le dispensateur de soins ne réagit pas dans ce délai ou si son motif ne convainc pas l'organisme assureur, l'organisme assureur peut, en application des dispositions de l'article 1290 du code civil, compenser sa créance lors des facturations suivantes avec le total des lignes contestées à juste titre dans les facturations précédentes. Si le dispensateur de soins n'a pas pu convaincre l'organisme assureur de son motif, l'organisme assureur informe par écrit le dispensateur de soins de l'application de la compensation des lignes protestées des facturations précédentes.

Moniteur belge	Date	Titre
13.06.2025	06.06.2025	Septième Avenant à la Convention du 1 <sup>er</sup> janvier 2022 entre les pharmaciens et les organismes assureurs. - Notification point 10

#### Résumé des modifications

Ce nouvel avenant concerne une diminution de l'indexation de l'honoraire de base de 2 centimes d'EUR au 1<sup>er</sup> juin 2025 via la lettre-clé P.

# 2<sup>e</sup> Partie Jurisprudence



# I. Cour constitutionnelle, Arrêt n° 52/2025 du 27 mars 2025

*Dans son arrêt, la Cour constitutionnelle confirme que l'article 27 de la loi sur les accidents médicaux ne viole pas la Constitution, en particulier les articles 10, 11 et 13, lus conjointement avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH). Cela signifie qu'en cas de litige sur l'indemnisation devant le tribunal en vertu de l'article 27, le Fonds des accidents médicaux (FAM) dans le cadre de cette procédure n'est lié ni par son avis, ni par son offre.*

*La Cour souligne que le fait qu'une partie puisse adopter une position différente dans une procédure judiciaire que dans une procédure amiable préalable, sans que le juge soit liée par celle-ci, ne peut être considéré comme une restriction au droit d'accès au juge. Le FAM a le droit de revoir sa position dans le cadre d'une procédure judiciaire.*

*La Cour statue en outre qu'il n'est nullement question d'une inégalité de traitement entre, d'une part, un patient qui accepte la proposition d'indemnisation dans le cadre de la procédure amiable devant le Fonds, empêchant de ce fait le Fonds de revenir sur son avis et préservant ainsi le droit à l'indemnisation, et d'autre part, un patient qui conteste la proposition d'indemnisation en justice, déliant ainsi le Fonds de son avis. De ce fait, il se peut que le patient ne reçoive pas d'indemnité ou qu'il reçoive une indemnité moins élevée par l'intermédiaire du tribunal que s'il avait accepté la proposition du Fonds.*

N° de rôle : 8213 et 8214

...

B.1. Les questions préjudicielles portent sur l'article 27 de la loi du 31 mars 2010 "relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé" (ci-après : la loi du 31.03.2010).

B.2. La loi du 31 mars 2010 règle l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, sans préjudice du droit de la victime du dommage ou de ses ayants droit de réclamer l'indemnisation de celui-ci devant les cours et tribunaux conformément aux règles du droit commun de la responsabilité.

Le législateur entendait mettre en place un système qui garantisse aux victimes d'un dommage résultant d'une prestation de soins de santé une indemnisation plus rapide, plus simple et plus juste, dès lors qu'il apparaissait que ces victimes étaient dans la plupart des cas dans l'impossibilité de prouver la faute d'un prestataire de soins, le dommage et le lien de causalité entre les deux, nécessaires pour obtenir une telle indemnisation (*Doc. parl.*, Chambre, 2006-2007, DOC 51-3012/001, pp. 3 et suiv.).

Il s'agissait, par une nouvelle loi, de mettre en place un système destiné à pallier les carences du système d'indemnisation du droit de la responsabilité médicale en permettant au patient de surmonter les nombreux obstacles qu'il peut rencontrer pour être indemnisé, comme la responsabilité diffuse lorsque le dommage survient en milieu hospitalier, la charge de la preuve d'une faute qui incombe entièrement au patient, l'impossibilité d'établir clairement si un sinistre est imputable à une erreur ou à un risque médical, la difficulté d'établir un lien de causalité entre la faute et le dommage subi ou encore la perspective d'un coût financier élevé et d'un procès de longue haleine avec un résultat incertain qui pouvait dissuader de nombreux patients d'intenter une action à l'encontre d'un prestataire de soins.

Il s'agissait également d'éviter que les praticiens, de plus en plus confrontés à une "culture des actions en justice", ne développent des comportements de médecine défensive mais aussi de remédier aux problèmes rencontrés en matière d'assurances, plusieurs assureurs s'étant retirés du marché ou ne proposant plus d'assurance pour certains types de prestations, d'autres ayant considérablement augmenté les primes (*ibid.*, pp. 5 à 7).

B.3. Un Fonds des accidents médicaux (ci-après : le FAM) est institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité par l'article 137<sup>ter</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le FAM a pour mission d'organiser l'indemnisation des victimes de dommages résultant de soins de santé ou de leurs ayants droit (art. 8 de la loi du 31.03.2010). Il est notamment chargé de 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 ce dommage (art. 8, § 1<sup>er</sup>, 1°).

B.4. Toute personne qui s'estime victime d'un dommage résultant de soins de santé ou ses ayants droit peuvent adresser au FAM 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 (art. 12, § 1<sup>er</sup>). L'avis du FAM ne lie ni le demandeur, ni les prestataires de soins concernés et leurs assureurs, ni le cas échéant le juge (art. 24).

B.5. L'article 4, 3°, de la loi du 31 mars 2010 prévoit que le FAM indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun lorsque le FAM 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 dans la loi. Dans cette hypothèse, le FAM se substitue à l'assureur du prestataire de soins (art. 30) et fait une offre d'indemnisation (art. 25, § 1<sup>er</sup>, al. 2). Si le dommage ne peut être entièrement quantifié, le FAM 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 au FAM lorsque le dommage peut être entièrement quantifié ou lorsque celui-ci a évolué de manière significative (art. 25, § 3).



B.6. Le FAM, 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 FAM au demandeur. Si le juge estime que les sommes payées au demandeur par le FAM ne sont pas dues, elles ne sont pas récupérées (art. 30, al. 3 et 4).

B.7. L'article 26 de la loi du 31 mars 2010 règle la manière dont le demandeur peut réagir à l'offre d'indemnisation et dispose :

"§ 1<sup>er</sup> Le demandeur dispose d'un délai de trois mois pour accepter l'offre d'indemnisation du Fonds.

À défaut de réaction de la part du demandeur dans ce délai, le Fonds lui adresse un rappel par envoi recommandé.

À 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 1<sup>er</sup>, 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 1<sup>er</sup> 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 envoi recommandé 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".

B.8. Si le demandeur refuse l'offre d'indemnisation, il peut introduire un recours auprès du juge compétent. L'article 27 de la loi du 31 mars 2010 dispose :

"À 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, § 1<sup>er</sup>, 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".

*Quant à la seconde question préjudicielle*

B.9. La seconde question préjudicielle porte sur la compatibilité de l'article 27 de la loi du 31 mars 2010 avec le principe d'égalité et non-discrimination, garanti par les articles 10 et 11 de la Constitution. La juridiction *a quo* demande si cette disposition établit une différence de traitement injustifiée entre différentes catégories de patients à l'égard desquelles le FAM a fait une offre d'indemnisation, estimant que le dommage est causé par un fait emportant la responsabilité du prestataire de soins et que ce dommage est suffisamment grave, alors que le prestataire de soins conteste la responsabilité (art. 4, 3°, de la loi du 31.03 2010). Si le patient a accepté l'offre d'indemnisation, le FAM ne peut pas revenir sur son avis relatif à la responsabilité du prestataire de soins et le patient conserve le droit à indemnisation, quelle que soit l'issue de l'éventuelle procédure judiciaire entre le FAM et le prestataire de soins. En revanche, si le patient a contesté en justice l'offre d'indemnisation, le FAM n'est plus lié par son avis et le patient risque de ne pas recevoir d'indemnisation ou de recevoir une indemnisation inférieure à celle qu'il aurait reçue s'il avait accepté l'offre du FAM.

B.10. Le principe d'égalité et de non-discrimination n'exclut pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée.

L'existence d'une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée ainsi que de la nature des principes en cause; le principe d'égalité et de non-discrimination est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé.

B.11. En matière socio-économique, le législateur dispose d'un large pouvoir d'appréciation. Il appartient au législateur de déterminer s'il est indispensable de prévoir une possibilité d'indemnisation supplémentaire pour les victimes d'un accident médical, outre l'action en responsabilité de droit commun contre le prestataire de soins, et, le cas échéant, d'en fixer les conditions. La Cour ne peut censurer pareil choix politique et les motifs qui les fondent que s'ils reposent sur une erreur manifeste ou sont déraisonnables.

B.12.1. Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 31 mars 2010 que le législateur a entendu mettre à la disposition de la victime d'un accident médical "une procédure amiable d'indemnisation simple, rapide, gratuite et efficace" (*Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, DOC 52-2240/001 et DOC 52-2241/001, p. 29). L'objectif était "d'éviter le recours au juge et de favoriser les règlements amiables" (*ibid.*, p. 4).

B.12.2. Toujours selon les travaux préparatoires, le FAM évaluera le dommage "selon les règles du droit commun. La réparation sera donc intégrale et aura vocation à indemniser l'ensemble des postes du dommage" (*ibid.*, p. 67). Les travaux préparatoires mentionnent à cet égard :

"À cet égard, il est important de préciser que cette politique d'indemnisation devra être la plus proche possible de la jurisprudence des cours et tribunaux en la matière. En effet, la procédure devant le Fonds est une procédure amiable. Le Fonds n'a pas de pouvoir de décision. Celui-ci revient toujours *in fine*, au juge si les parties ne peuvent se mettre d'accord à l'issue de la procédure devant le Fonds. Dès lors, si le Fonds développe par exemple une politique trop favorable aux prestataires, les victimes seront peu enclines à accepter les avis et offres d'indemnisation du Fonds, et les contesteront systématiquement devant le juge ensuite. Au contraire, ce sont les prestataires qui saisiront systématiquement le juge si le Fonds développe une politique qu'ils jugent trop favorable aux victimes par rapport à la jurisprudence dominante. De la sorte, le mécanisme d'indemnisation n'atteindrait pas son objectif, qui est de créer une procédure amiable, rapide et efficace d'indemnisation, qui permet d'éviter le recours aux tribunaux. Le Fonds devra dès lors être attentif à l'état et à l'évolution de la jurisprudence relativement aux questions de responsabilité médicale et d'indemnisation du préjudice" (*ibid.*, p. 41).

B.12.3. Il ressort par ailleurs des travaux préparatoires que la possibilité dont dispose le FAM de revenir sur son avis et sur l'offre d'indemnisation est dictée par l'objectif "d'éviter que le Fonds ne fasse preuve d'une prudence excessive dans ses offres aux victimes, de peur de devoir au minimum payer le montant de son offre initiale en cas de contestation devant le juge" (*ibid.*, p. 68).

Spécifiquement à l'égard de la possibilité de revenir sur l'offre d'indemnisation, les travaux préparatoires précisent :

"Lorsque la victime décide de contester l'offre du Fonds devant le tribunal de première instance, le Fonds n'est plus lié par son offre. Une solution inverse pourrait considérablement réduire l'efficacité de la procédure devant le Fonds.

En effet, si la victime sait que l'offre du Fonds constitue par principe un minimum, elle aura tout intérêt à tenter ensuite sa chance en justice, dès lors qu'elle a la certitude qu'elle sera à tout le moins indemnisée à concurrence de l'indemnisation qui sera offerte par le Fonds. Elle n'aura rien à perdre, et tout à gagner. La procédure devant le Fonds ne constituerait alors plus qu'un préalable avant d'introduire une action en justice, alors que ce projet a précisément pour objectif de réduire au maximum les procédures judiciaires.

En outre, le Fonds serait alors tenté de faire preuve d'une prudence excessive dans ses offres aux victimes, de peur de devoir au minimum payer le montant de son offre initiale en cas de contestation devant le juge. Et cela serait au grand désavantage des victimes, qui dans ce cas seraient alors contraintes d'aller ensuite en justice. La loi aurait alors raté son but" (*Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, DOC 52-2240/006, p. 94).

B.13. Ces objectifs peuvent justifier que le FAM ne puisse pas, dans le cadre de la procédure amiable, revenir sur l'avis relatif à la responsabilité du prestataire de soins et sur la gravité du dommage, même si, par la suite, dans le cadre d'une procédure judiciaire entre le FAM et le prestataire de soins, un juge devait considérer que ce dernier n'est pas responsable. Pareille mesure peut être réputée promouvoir la rapidité et l'efficacité de la procédure amiable entre la victime de l'accident médical et le FAM et réduire le risque d'une procédure judiciaire ultérieure. Par ailleurs, il découle de l'article 13 de la loi du 31 mars 2010 que l'examen et le jugement des actions civiles relatives à l'accident médical sont suspendus de plein droit au cours de la procédure amiable devant le FAM. En donnant la priorité à la procédure amiable, le législateur limite également le risque que le FAM, à la lumière d'éventuelles procédures judiciaires déjà intentées, adopte un comportement attentiste lorsqu'il est amené à formuler l'avis et, le cas échéant, l'offre d'indemnisation.

B.14.1. À la lumière des objectifs précités, il n'est pas davantage dénué de justification raisonnable que, si la victime conteste l'offre d'indemnisation du FAM et met fin à la procédure amiable en entamant une procédure judiciaire contre le FAM, l'article 27, en cause, de la loi du 31 mars 2010 prévoit que "le Fonds n'est lié ni par son avis ni par son offre".

B.14.2. L'article 24 de la loi du 31 mars 2010, qui n'est pas en cause, dispose en effet que le juge n'est pas lié par l'avis du FAM, ce qui implique qu'il est "tout à fait libre de s'écarter des conclusions du Fonds" (*Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, DOC 52-2240/001 et DOC 52-2241/001, p. 65). Par conséquent, le juge fera, en toute indépendance et impartialité, intervenir dans son appréciation tous les aspects qui sont pertinents pour déterminer si une indemnisation est due en vertu de la loi du 31 mars 2010, en ce compris les aspects abordés dans l'avis du FAM. À la lumière notamment de l'égalité des armes entre les parties au procès, il est justifié que tous ces aspects puissent être soumis à la contradiction et que, par conséquent, le FAM soit également libre de faire valoir ses arguments à ce sujet. Pareil régime peut effectivement inciter le FAM à rapprocher non seulement son offre d'indemnisation mais également son avis relatif à la responsabilité et à la gravité du dommage le plus possible de la jurisprudence relative à la responsabilité médicale et à l'indemnisation des victimes, comme l'a souhaité le législateur. Il n'est pas déraisonnable de postuler qu'il est ainsi plus probable que l'issue de la procédure amiable donne effectivement satisfaction à la victime et que des procédures judiciaires soient évitées.

B.14.3. Le fait que, dans le cadre de la procédure judiciaire intentée par la victime de l'accident médical, le FAM n'est pas lié par son avis relatif à la responsabilité et à la gravité du dommage ne produit, enfin, pas des effets disproportionnés.

En premier lieu, la victime sait que, si elle choisit de mettre fin à la procédure amiable et d'entamer une procédure judiciaire contre le FAM, le litige sera intégralement soumis au juge et que l'issue de la procédure judiciaire ne sera dès lors pas nécessairement plus favorable que celle de la procédure amiable. Par ailleurs, la victime dispose toujours de la possibilité d'agir en justice directement contre le prestataire de soins, conformément au droit commun de la responsabilité, et de renoncer à l'application de la loi du 31 mars 2010. Les travaux préparatoires de cette loi confirment "qu'un changement de voie est toujours possible et que le choix d'une voie ne peut porter préjudice aux conditions initiales de l'autre voie" (*ibid.*, p. 52).

Ensuite, le juge n'est pas lié par la position du FAM dans la procédure judiciaire, tout comme il n'est pas lié par l'avis du FAM dans le cadre de la procédure amiable préliminaire. Rien n'empêche la victime d'invoquer cet avis au cours de la procédure judiciaire, afin d'étayer sa demande d'indemnisation. Cet avis peut être formulé en collaboration avec des praticiens spécialisés et/ou sur la base d'une expertise contradictoire, menée par un expert indépendant. Les frais y afférents sont supportés par le FAM ou, le cas échéant, par le prestataire de soins et/ou son assureur (art. 17 et 20 de la loi du 31.03.2010). Il appartient le cas échéant au FAM de réfuter la valeur probante de l'avis et de démontrer que la conclusion contenue dans cet avis est erronée. Si, en dépit de cet avis, le juge estime que le dommage n'est pas causé par un fait entraînant la responsabilité du prestataire de soins, la victime peut d'ailleurs toujours demander au juge de vérifier s'il est satisfait aux conditions pour octroyer, à charge du FAM, une indemnisation pour accident médical sans responsabilité, au sens de l'article 4, 1°, de la loi du 31 mars 2010.

Par ailleurs, le choix du FAM de modifier sa position dans le cadre de la contestation judiciaire du montant de l'indemnisation par le demandeur est indépendant de la procédure éventuelle entre le FAM et le prestataire de soins et/ou son assureur.

B.15. L'article 27 de la loi du 31 mars 2010 est compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution.

*Quant à la première question préjudicielle*

B.16. La première question préjudicielle porte sur la compatibilité de l'article 27 de la loi du 31 mars 2010 avec l'article 13 de la Constitution, lu en combinaison avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme, en ce que cette disposition permet au FAM de revenir sur son avis lorsque le patient conteste en justice l'offre d'indemnisation.

B.17.1. L'article 13 de la Constitution dispose :

"Nul ne peut être distrait, contre son gré, du juge que la loi lui assigne".

B.17.2. L'article 13 de la Constitution implique un droit d'accès au juge compétent. Ce droit est également garanti par l'article 6, paragraphe 1, de la Convention européenne des droits de l'homme et par un principe général de droit.

L'article 6, paragraphe 1, de la Convention européenne des droits de l'homme garantit le droit d'accès au juge pour déterminer les droits et obligations de caractère civil ou pour établir le bien-fondé des poursuites pénales. L'article 13 de la Constitution et le principe général de droit garantissent plus généralement le droit d'accès au juge pour tout litige qui concerne un droit ou une obligation, indépendamment du fait qu'il soit de caractère civil au sens de l'article 6, paragraphe 1, de la Convention européenne des droits de l'homme.

B.17.3. Le droit d'accès au juge constitue un aspect essentiel du droit à un procès équitable et est fondamental dans un État de droit. De plus, le droit de s'adresser à un juge concerne tout autant le droit d'agir en justice que celui de se défendre.

Le droit d'accès à un juge n'est toutefois pas absolu. Les limitations apportées à ce droit ne peuvent porter atteinte à la substance de ce droit. Elles doivent, en outre, être raisonnablement proportionnées au but légitime qu'elles poursuivent (CEDH, 07.07.2009, *Stagno c. Belgique*, ECLI:CE:ECHR:2009:0707JUD000106207, § 25; grande chambre, 17.01.2012, *Stanev c. Bulgarie*, ECLI:CE:ECHR:2012:0117JUD003676006, §§ 229 et 230). La réglementation du droit d'accès à un juge ne peut cesser de servir les buts de la sécurité juridique et de la bonne administration de la justice et constituer une sorte de barrière qui empêche le justiciable de voir la substance de son litige tranchée par la juridiction compétente (CEDH, 07.07.2009, *Stagno c. Belgique*, précité, § 25; 29.03.2011, *RTBF c. Belgique*, ECLI:CE:ECHR:2011:0329JUD005008406, § 69). La compatibilité de ces limitations avec le droit d'accès à un juge s'apprécie en tenant compte des particularités de la procédure en cause et de l'ensemble du procès (CEDH, 29.03.2011, *RTBF c. Belgique*, précité, § 70).

B.18. La circonstance qu'une partie à une procédure judiciaire puisse adopter une autre position que celle défendue dans le cadre d'une procédure amiable préliminaire, sans que le juge soit lié d'une manière quelconque par cette position, ne peut en soi être considérée comme une restriction du droit d'accès au juge. Par ailleurs, le risque de succomber est inhérent à toute procédure judiciaire. Le droit à un procès équitable ne garantit pas aux plaideurs une issue favorable (CEDH, 11.01.2005, *Blücher c. République tchèque*, ECLI:CE:ECHR:2005:0111JUD005858000, § 52). La disposition en cause ne subordonne pas à une condition, à un délai ou à des coûts financiers quelconques la possibilité pour la victime d'un accident médical de soumettre sa demande d'indemnisation au juge. Cette disposition ne restreint pas davantage la liberté de la victime de faire valoir, dans le cadre de cette procédure judiciaire, tous les éléments qu'elle estime pertinents pour étayer sa prétention à une indemnité en vertu de la loi du 31 mars 2010. En permettant la contradiction pour tous les aspects qui fondent la demande d'indemnisation, la disposition en cause contribue au contraire à l'égalité des armes entre la victime et le FAM, de même qu'au respect des droits de la défense de ce dernier. Il s'ensuit que cette disposition ne restreint pas le droit d'accès au juge.

B.19. L'article 27 de la loi du 31 mars 2010 est compatible avec l'article 13 de la Constitution, lu en combinaison avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme.

**PAR CES MOTIFS,**

**LA COUR**

**Dit pour droit :**

L'article 27 de la loi du 31 mars 2010 "relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé" ne viole pas les articles 10, 11 et 13 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme.

...

## II. Cour d'appel de Bruxelles, 12 mai 2025

*Le juge d'appel confirme la responsabilité des prestataires de soins concernés et a conclu qu'il n'y avait pas motif à ordonner une nouvelle expertise. L'expertise a été effectuée de manière contradictoire. La Cour estime, à l'instar du premier juge, que les médecins impliqués n'ont pas agi selon les règles de l'art. Trop peu d'attention a été accordée au fait que les douleurs éprouvées par la patiente pouvaient être d'origine cardiaque. Le juge d'appel confirme l'existence d'un lien de causalité entre la négligence avérée des médecins dans l'établissement du diagnostic ayant entraîné le décès de la patiente. La Cour retient une perte de chance de 90 % de survie pour la patiente. L'arrêt confirme le jugement contesté en ce qui concerne la détermination des dommages. Le juge décide que le recouvrement de l'indemnisation par le FAM auprès de l'assureur du médecin concerné est donc fondé.*

R.G. 2020/AR/501

... c./FAM-INAMI

...

### II. Schets van het geschil

De eerste rechter heeft de feiten die aan de grondslag liggen van het geschil correct en zeer volledig samengevat als volgt:

“2.

Mevrouw ..., geboren op ... en overleden op ... consulteerde op 1 maart 2010 dokter ..., cardioloog te ....  
Mevrouw was toen 71,5 jaar oud.

Volgens het verslag van dr. ... (stuk 1 verweerders) ervaaarde zij een paar maanden ervoor een 2-tal keer bij zware inspanningen retrosternale last (pijn achter het bot van het borstbeen), die beterde met rust. Haar moeder had een hartinfarct op 60 jaar. Dr. ... doet een klinisch onderzoek, laat mevrouw een maximaal uitgevoerde fietsproef doen en doet een electrocardiografisch en echocardiografisch onderzoek. Op basis hiervan besluit hij dat:

- er geen evidentie is voor “onderliggend ischemisch hartinden” (vernauwingen of verstoppingen van de kransslagaders)

- er echografisch een matige aorta-insufficiëntie is zonder enige hemodynamische weerslag.

Dokter ... adviseert om mevrouw ... te laten herevalueren, wanneer de klachten zouden terugkeren.

3.

Op **22 augustus 2010** ervaart mevrouw ... tijdens een wandeling opnieuw pijnklachten op de borst. Gezien de klachten ondanks rust niet verdwijnen, neemt ze Ceclocard sublinguaal in, evenals Temesta. Dit geeft evenmin verbetering, waarna de dokter van wacht aan huis wordt gevraagd.



Dokter ..., huisarts van wacht, verwijst mevrouw ... met uitgesproken pijnklachten met de dienst 100 naar het ziekenhuis ... voor een opname omwille van een “vermoeden myocard infarct” (stuk 1 verweerders). Mevrouw ... vertoont op dat ogenblik ernstige pijnklachten op de borst, een onregelmatig hartritme, ernstig zweten en een verhoogde bloeddruk.

Mevrouw ... wordt op de dienst spoedgevallen onderzocht door dokter ..., urgentiearts. Deze situeert de pijn in de maagstreek (epigastrisch) die bij inspanning opkomt en na rust betert. De episodes worden steeds erger. Er is geen braken, geen diarree, geen dyspneu, geen hoesten of fluïmen en geen koorts.

Op basis van de resultaten van het klinisch onderzoek en 3 aanvullende onderzoeken, nl. een laboratoriumonderzoek, een ECG (normaal) en een RX Thorax (normaal), verwijst dokter ... mevrouw ... voor opname en verdere behandeling naar dokter ..., internist-geriater. (stuk 1 verweerders, p. 7).

Volgens verweerders was mevrouw ... klachtenvrij toen dr. ... haar zag en weerhield hij onvoldoende argumenten voor cardiaal lijden, zodat hij haar liet opnemen op de dienst maag-darm-ziekten, gelet op de verergerende epigastrische pijn. Dat strookt niet met het opnameverslag van de afdeling Inwendige Geneeskunde en het verpleegkundig verslag die beide een vermoeden AMI (acuut myocard infarct) (in het opnameverslag gevolgd door een vraagteken) en epigastrische pijn vermelden. Deze pijn wordt nog erger, en straalt uit naar de keel en beide armen. Mevrouw ... is draaierig en misselijk.

Volgens het verpleegkundig verslag vertoonde mevrouw ... op **23 augustus 2010** nog steeds wat pijn en bleef ze, ondanks de inname van Primperan, misselijk. Gezien er drukpijn was ter hoogte van de maagstreek, voerde dr. ..., internist-gastro-enteroloog, een kijkonderzoek van de maag uit. Hij stelde een lichte graad van slokdarmontsteking vast, maar geen afwijkingen in de maag. Als behandeling wordt onder meer Pantomed 40 mg gestart. Dr. ... is zelf niet overtuigd van een gastro-gerelateerde oorzaak. Volgens verweerders consulteerde dr. ... zijn collega dr. ..., senior-cardioloog, die zou bevestigd hebben dat er geen evidentie was voor een cardiale oorzaak. Van dit consult is er geen schriftelijke neerslag.

Het verpleegdossier vermeldt op **24 augustus 2010** dat mevrouw ... zich beter voelt en dat ze kan eten. 's Avonds was er sprake van een versneld hartritme (ze voelde zich wat “tachicardisch”).

Dr. ... verwijst naar een consult psychiatrie op **25 augustus 2010** bij Dokter ... waaruit een depressief syndroom blijkt “bij een patiënte met een dwangmatig perfectionistisch handelen”; “onrustige geest fel begaan met alles wat kan misgaan”. “Habitueel heeft ze een gedreven stijl type obsessief compensief gedrag en veralgemeend angstig waarvoor intermitterend Temesta wordt genomen.” In het kader van een depressie wordt Remergon stopgezet en Seroquel opgestart. Bij een tweede consult psychiatrie op **27 augustus 2010**, ditmaal bij dokter ... wordt genoteerd: (...) atypische lichamelijke klachten “le caractère scrupulo-inquiet” (dwangmatig – perfectionistisch). Ze voelt zich toch een stuk beter met Seroquel en de medicatie wordt best aangehouden en **er is geen contraindicatie voor ontslag.**” (stuk 16 eisers).

Mevrouw ... wordt op **27 augustus 2010** ontslagen uit het ziekenhuis.

4.

Op **28 augustus 2010** wordt de MUG opgeroepen voor mevrouw ... omwille van pijn op de borst met bewustzijnsverlies. Bij aankomst van de MUG is er geen ademhaling en hartritme meer. Reanimatie baat niet. Mevrouw ... overlijdt, volgens het verslag van dr. ..., spoedarts, is de vermoedelijke doodsoorzaak een acuut myocard infarct.

5.

De echtgenoot van mevrouw ..., de heer ... wijt het overlijden aan een medisch falen en diende op **26 september 2013** een adviesaanvraag in bij het FMO.

6.

Het FMO startte op **11 november 2015** de organisatie van een tegensprekelijke expertise met aanstelling van dokter ..., arts-specialist verzekeringen, en dokter ..., cardioloog, als deskundigen.

Op **24 februari 2016** vond een eerste expertizezitting plaats in het kabinet van .... Hierop waren uitgenodigd (naast ..., cardioloog en 2<sup>de</sup> FMO-deskundige): de heer ..., internist en raadsarts van de heer ..., het FMO; dr. ..., raadsarts, dr ..., internist-gastro-enteroloog; dr. ..., cardioloog.

Volgens het eindverslag van de FMO-experten waren aanwezig op de eerste vergadering van 24 februari 2016: ..., raadsarts van dr. ... en verzekeraar ... zelf; dr. ..., dr. ... zelf; meester ... telefonisch, voor dr. ... en het ....

Het expertencollege richtte op **28 februari 2016** een brief aan het FMO met het verzoek om een expertise-uitbreiding met als bijkomende partij dr. .... In de brief, die gericht is aan het FMO met kopie aan alle toenmalige betrokkenen, verwijzen de FMO-experten naar de eerste zitting van 24 februari 2016 en schrijven dat ze *“na studie van het medisch dossier en na bevraging van de aanwezige artsen ... en ... nog graag “..., internist-geriater in het ... en de dochter van dhr. ... die insliep bij ... zondag op maandag 22 op 23 augustus 2010 gehoord.”* Zij vroegen de goedkeuring van het FMO om hiervoor een tweede zitting te willen beleggen. Volgens hen was de aanwezigheid van dr. ... en dr. ... hierbij niet vereist, hoewel zij wel zouden worden uitgenodigd.

Bij brief van **16 augustus 2016** (stuk 5 verweerders) breidde het FMO de expertise uit en betrok ook dr. ... erin.

Op 18 oktober 2016 vond een tweede expertizevergadering plaats in het kabinet van dr. .... Volgens het eindverslag van de FMO-experten waren aanwezig op de tweede vergadering: dr. ... loco dr. ... voor dr. ... en verzekeraar ..., dr. ..., dr. ... voor de zorgverleners en het ..., dr. ..., meester... voor verweerders; mevrouw ..., dochter van mevrouw ... en de heer ..., haar vriend.

Nog volgens het eindverslag werden de preliminaria verzonden op 18 oktober 2016.

Op 9 november 2016 maakte de raadsman van verweerders een aanvullende repliek over naar aanleiding van de 2<sup>de</sup> expertizezitting met verzoek ermee rekening te houden bij de opstelling van het voorverslag.

Het “definitieve” verslag werd verzonden op **16 november 2016**.

Het definitieve eindverslag werd opgemaakt op **11 januari 2017** (stuk 1 eiser). Het bevat de volgende relevante informatie<sup>1</sup>:

### ***“b. Medische voorgeschiedenis***

*Familiale antecedenten: haar moeder kreeg een hartinfarct op 60 jaar. Mevrouw leed sinds een maand aan schouderpijnen waarvoor een NSAID werd voorgeschreven. [...]*

*Mevrouw consulteerde dr. ..., cardioloog een eerste maal in 2003. Ze meldde toename [sic] voor een preventief cardiaalonderzoek, zonder duidelijke subjectieve klachten. Het cardiologisch onderzoek was geruststellend. Er werd een klinisch onderzoek uitgevoerd, en een electrocardiogram, en een cycloergometrie, en een echocardiografie en een Dopplersonderzoek van het hart. De conclusie was een matige aorta-insufficiëntie, hemodynamisch onbelangrijk. Wel was er indicatie tot het toepassen van endocarditisprofylaxe. Richtlijnen werden meegegeven en mevrouw werd een jaarlijkse controle aangeraden.*

### ***c. Historiek van de litige***

*Op 1 maart 2010, consulteert mevrouw cardioloog dokter .... De laatste consultatie bij hem dateert van 2003. Dr. ... beschrijft als aanmeldingsklacht dat zij tweemaal retrosternale last ondervond de laatste maanden bij zware inspanningen, beterend door te rusten. Mevrouw rookte niet. Ze nam Lexotan 16 mg daags. Hij vindt een normale bloeddruk van 8 over 14 en geen afwijkingen klinisch. Deze 72-jarige patiënte, van 57,5 kg, vertoonde een buikomtrek van 85,5 cm. Mevrouw kreeg een fietsproef, een electrocardiografisch onderzoek, en een Dopplersonderzoek. De fietsproef werd maximaal uitgevoerd, met klinisch en op ECG, normale bevindingen. Bloeddruk liep op tot 215/80. Echocardiografisch werd er een normale ejectiefractione genoteerd; er waren verkalkte verdikte aortaklepbladen, met een matige insufficiëntie. Dokter ... besloot tot afwezigheid van overtuigend bewijs van hartaderlijden, doch gaf voorzichtigheidshalve advies, tot herevaluatie [sic], bij opnieuw optreden van deze pijnen.*

*Op 1 juni 2010, maakt mevrouw terug dergelijke thoracale pijn door. Ze heeft zich niet meer aangeboden bij dr. ....*

---

1. Markeringen in vetjes door de eerste rechter.

[...]

Op zondagmorgen, 22 augustus 2010, op weg naar de bakker, ontwikkelt ze pijn op de borst. Ze diende te rusten bij de bakker. De pijn nam af, maar kwam weer opzetten op de terugweg naar huis. Thuisgekomen vertelt ze dit haar echtgenoot, ze is niet helemaal klachtenvrij. Haar echtgenoot dient haar een Cedocard sublinguaal toe en ook neemt ze nog een Temesta in. De klachten van pijn op de borst bleven aanhouden. De heer ... belt de huisarts van wacht, dokter ... en belt hem 45 minuten later nog een tweede maal om hem aan te sporen tot spoed. Dr. ... laat deze patiënte opnemen in het .... Hij schrijft in zijn verwijsbrief het volgende:

graag opname wegens vermoeden myocard infarct. Huidige medicatie Aceclofenac, Remergon en Cypralexa. Patiënt heeft klachten sinds 9:00 uur en heeft initieel zelf Cedocard 5 mg sublinguaal genomen. Uitgesproken pijnklachten, onregelmatig ritme, profuus zweten, bloeddruk 160 over 70, pols 72 per minuut.

Haar echtgenoot was zelf sinds jaren patiënt bij dr. ..., cardioloog.

De 100 brengt mevrouw naar het .... spoed. Invoice vermeldt 10u19. Ze wordt aldaar gezien door dr. ..., acutist (RIZIV 800 nr.). Deze beschrijft epigastrische pijn die bij inspanning opkomt en na rust wat beter wordt. Episodes worden steeds erger. Vandaag is de pijn onhoudbaar. Er is geen braken, geen diarree, geen dyspnoe, geen hoesten of fluïmen, geen koorts. Hij interpreteert het ECG als normaal sinusiaal en tekent dit handmatig af zie stuk 000024. Er wordt een labo geprikt om 10.34 uur voor onder andere bepaling van hartenzymes CK en Troponine.

**Patiënt wordt aansluitend opgenomen voor dokter ..., internist-geriater werkend binnen dezelfde maatschap als dr. .... Dr. ... stempelt de handgeschreven spoedgevallennota af.**

De Troponines, waren bij dit bloedonderzoek niet gestegen (<0,01 – nl tot 0,50 ng/mij.) CK onderzoek toont normale waarden van 76,5 U/l (nl tot 192). Er worden verhoogde cholesterolverwaarden gemeten van 253.

ECG, 22 augustus 2010, stuk nr. 000023, vermeldt als automatisch protocol sinusritme; niet specifieke ST-T elevatie. Voor het overige normaal een RX thorax, krijgt een protocol van "bronchovasculair versterkte tramatekening. Aanvraag voor deze RX thorax vermeldt: retrosternale..] pijn.

Opnameverslag (stuk nr. 000013 en 14) inwendige geneeskunde, van zondag 22 augustus 2010 wordt ingevuld door stagiair .... Het vermeldt als reden van hospitalisatie: **vermoeden acuut myocard infarct?** Epigastrische pijn. Het vermeldt bijkomend de voorgeschiedenis: **drukkend gevoel bij wandelen**, beter bij rust, en Temesta, sinds een paar weken. Bij dokter ... alles OK. Huidige ziektegeschiedenis: **continue drukkende pijn** epigastrisch met acute start om 8:30 uur bij het naar de bakker gaan. **De pijn wordt nu nog erger.** Cedocard en een halve Temesta hielpen niet. Klam zweterig, geen kortademigheid. **De pijn straalt uit naar keel en beide armen.** Mevrouw kent braakneigingen, waarvoor ze Pantamed toegediend krijgt met anti emeticum Litican, op spoed. Ze is misselijk. Ze houdt haar ogen dicht wegens pijn. Ze vertoont geen koorts. De huid is klam, geen oedeem. Er is een saturatie van 98 %. De centraal veneuze drukmeting, bedraagt 7 cm. Auscultatie is verder negatief. Mevrouw krijgt uitgebreide majeure pijnmedicatie toegediend onder vorm van Dipidolor, Tramadol, Perfusalgan en Litican.

Het verpleegkundig opnamedossier stuk nr. 000031 vermeldt op 22 augustus 2010 epigastrische pijn, **vermoeden acuut myocard infarct**. Deze dag heeft ze nog veel pijn en is erg misselijk. De nacht van 22 augustus op 23 augustus bleef ook haar dochter bij haar waken. Maandagmorgen 23 augustus, vertoonde mevrouw **nog wat pijn**. In de namiddag bleef ze misselijk.

Dokter ... verhaalt, dat hij maandag in de namiddag, deze patiënte voor een eerste maal zag. Op dat ogenblik had zij **geen pijn meer**. Dokter ... die deze patiënte zondag opnam, **werkt op dezelfde dienst als hijzelf**. Dokter ... heeft **geen mondeling contact gehad met dokter ... omtrent de opname**. Dokter ... heeft gezien de **hoog abdominale pijnen** een maagdarmonderzoek verricht, maandagnamiddag. Hij besloot, tot aanwezigheid van **refluxoesofagitis graad I**. Er werden **geen afwijkingen elders** gevisualiseerd.

Mevrouw verbleef van maandag tot vrijdag, op de dienst gastro-enterologie. **Bij gebrek aan diagnose**, werd op 25 augustus 2010 en op 27 augustus 2010 tweemaal een **psychiatrisch** consult gevraagd. Eerste psychiater dr. ..., zag haar op 25 augustus 2010. Hij sprak van de aanwezigheid van een depressie bij een obsessief compulsieve persoonlijkheid. Hij wijzigde Remergon medicatie in Seroquel.

Een andere psychiater ... bevestigt deze diagnostiek op 27 augustus 2010. Er was **geen psychiatrische contra-indicatie** voor ontslag. Mevrouw mocht op 27 augustus 2010 het ziekenhuis verlaten. Dokter ... bevestigt, dat hij **geen duidelijke diagnose** had, hij vulde in "gastro-enteritis".

Volgens meneer ... nam mevrouw ... zaterdag **28 augustus 2010** omstreeks 8:30u, een douche. Toen ze zich wilde [sic] aankleden kreeg ze **dezelfde pijnen in de borst als voorheen**. Ze ging zitten, en twee tot drietal seconden later, stuikte ze ineen. De heer ... heeft nog een poging ondernomen om haar te reanimeren, en belde de MUG. Mevrouw **overleed** thuis.

#### **d. Bevraging van de zorgverleners**

Dr. ... volgde haar tijdens haar hospitalisatie. Dr. ... had een eerste ontmoeting met deze patiënte maandagnamiddag. Hij nam kennis van het feit dat zij door dr. ..., internist-geriater was opgenomen tijdens het weekend. Dr. ... werkt in dezelfde internistische maatschap. Er is **geen verbale overdracht geweest tussen dr. ... en dr. ....** Dr. ... **ging voort op de schriftelijke berichtgeving, zoals voorliggend vanuit spoed**. Hij beklemtoont dat hij deze patiënte **nooit gekend heeft met een pijnsyndroom**; zij maakte tegenover hem hiervan nooit melding. Wegens misselijkheid en epigastrische klachten voerde hij een gastroscopie uit maandagnamiddag 23 augustus 2010. Hij vond een oesofagitis graad A. Hij was **niet overtuigd dat de oesofagitis de oorzaak van haar klachten was**. In feite had hij bij ontslag **geen duidelijke diagnose**. Hij heeft **geen aanvullend cardiologisch onderzoek gevraagd bij mevrouw**. Hij heeft **informeel het medisch dossier overlegd met de internist-cardioloog dr. ...** die deel uitmaakt van zijn maatschap, evenwel **zonder patiënte**. Hij vermoedt dat deze bespreking doorging op dinsdag **24 augustus 2010**. Hiervan is **geen neerslag**. Dit informeel advies was naar zijn eigen zeggen **geruststellend**. Hij heeft **niet meer gefocused in de richting cardiologische pathologie** verklaart hij. Hij vermoedde een **belangrijk psychiatrisch probleem** bij mevrouw. Hij vond hiervan **bevestiging** na consulten van twee psychiaters op 25 en 27 augustus 2010 met gelijklopende klinische bevindingen. Hij heeft geen labo meer laten prikken bij mevrouw. Er waren hem **geen voorgaanden** van psychiatrie bekend in ... bij mevrouw.

## IV. Technische onderzoeken

[...]

Dr. ..., huisarts

op 22 augustus 2010 werd ik door de heer ... gebeld in de vroege voormiddag, met verzoek tot huisbezoek wegens pijnklachten bij zijn echtgenote .... Ruim 45 minuten later kreeg ik een tweede oproep van de echtgenoot, die aangeeft, dat de pijnklachten hun [sic] nog steeds zijn en volgens hem zelfs wat heviger, ik tref mevrouw aan in de zetel. Ze vermeldt nog steeds **pijn te hebben vooral in de borststreek** met wat **toesnoerend gevoel** en ook **vage klachten ter hoogte van de maag**. Ook is er wat profuus zweten. De echtgenoot geeft aan dat hij reeds een Cedocard zou gegeven hebben. Gezien dit **voor mij uitgesproken beeld** besluit ik in feite duidelijk tot noodzaak van opname en belde 100 dienst met vermelding van de **cardiale klachten**. Ik geef een opnamebrief mee en **vermeldt ook tegenover hun mijn vermoeden van een dreigend myocard infarct**.

[...]

Hospitalisatieverslag dokter ..., 22 augustus tot 27 augustus 2010

anamnese: sinds geruime tijd klaagt uw patiënte over een **drukkende hinderende last retrosternaal en epigastrische bij inspanningen**, wijkend bij rust, niet verbeterend na Cedocard, toch wel wanneer Temesta sublinguaal wordt genomen. Recente cardiale evaluatie bij collega ... toonde **geen argumenten voor evolutieve cardiale pathologie**. Klinisch onderzoek laboratoriumonderzoeken 22 augustus 2010 Beeld van gemengde hyperlipidemie ECG: sin usiaal 69 per minuut, normaal tracé.

Endoscopische evaluatie oesofagitisgraad A. Radiologische evaluatie ...

Consultaties psychiatrie 25 augustus 2010, in 27 augustus 2010 ..

Besluit

ook nu werden bij verdere internistische in gastro-intestinale evaluatie **geen afwijkingen** weerhouden doch werden we bij psychiatrische evaluatie geconfronteerd met een **depressief syndroom** bij een patiënte met een **dwangmatig perfectionistisch** handelen. Collega ... en ... stelden voor om de therapie aan te passen. ... Ondertussen vernamen we dat de MUG op 28 augustus 2010 in urgentie thuis werd gevraagd wegens een episode van **retrosternale pijn bij defecatie gevolgd door totale asystolie waaruit ze niet meer reanimeerbaar bleek**.

Verpleegkundige nota's op spoedgevallen (stuk 000030)

Zondag 22 augustus ...

Dipidolor 6 mg 11 u 15

Dipidolor 4 mg 11 u 30

Dipidolor 4 mg 12 u

Perfusalgan

Litican

**Gegevens door arts in te vullen: 'gastroscopie'**. Dit werd neergeschreven door dr. ....

Verpleegkundige nota's op verpleegafdeling (stuk 000031)

Zondag 22 augustus 2010

VM: Opname via spoed van **AMI vermoeden**. Heeft nog veel pijn en is nog erg misselijk.

**Vermoeden AMI**. Krijgt 10 u 30 Primperan % amp IV.

AV: 20 u 30: IM dipidolor 1 amp. 19u30 Primperan IV.

Maandag 23 augustus 2010

VM: bedje opgemaakt; nog wat pijn maar rustig.

NM: blijft misselijk. Primperan IV. Zou "niet" helpen

Dinsdag 24 augustus 2010

Nacht: Medicatie helpt niet genoeg

VM: Veel beter. Minder pijn. Heeft kunnen eten."

Verslag dr. ... 22 september 2011

Bespreking

1. De anamnese van de pijnklachten had **zowel suggestieve** elementen (pijn gesitueerd retrosimaal [sic] en uitgelokt door fysieke inspanning en beterde met rust), als **atypische elementen** (niet beterend met Cedocard, wel met tranquillizer).
2. In aanwezigheid van een negatieve inspanningstest was de toenmalige (maart 2010) beoordeling door dr. ... **eerder correct**, met name om eerder conservatief af te wachten op desgevallende verdere evolutie van de toen toch eerder eenmalige klachten.
3. Hoewel bij opname (zoals blijkt ook door de huisarts werd aangegeven) **eerder en prioritair aan een cardiale pathologie** kan worden gedacht, is het **niet onredelijk** om, in aanwezigheid van een negatief ECG en van negatieve hartenzymes, **een acuut myocardinfarct (het ware STEMI of niet) uit te sluiten**. Het is **niet duidelijk waarom de patiënte niet eerder gedurende 24 uur werd geobserveerd op een cardiale unit, met klassieke controle van ECG en hartenzymes**, dan wel op een afdeling maag-darmziekten terecht kwam. Hoe dan ook, **de verdere evolutie der klachten was blijktbaar geruststellend op cardiaal vlak**. Het is dan **ook helemaal niet duidelijk of een bijkomend niet-invasief cardiaal nazicht** in de loop der volgende dagen iets zou hebben in het licht kunnen stellen. Anderzijds was **er geen absolute indicatie om urgent tot meer invasief coronair onderzoek** (coronarografie bijv.) over te gaan, voor zover dit beschikbaar is in het .... Het is **wel bevreemdend dat patiënte niet na haar ontslag verwezen werd naar een niet-urgente verdere coronaire oppuntstelling** om eens en voorgoed de **piste van ischemisch hartlijden te kunnen uitsluiten (of bevestigen)**. **Mogelijk had deze wel een coronaire problematiek kunnen in het licht stellen (maar is dit niet eens zeker)**.

## Besluit

**Achteraf** bekeken lag er **allicht een cardiovasculair probleem** aan de basis van het plotse overlijden (en allicht ook aan de voorafgaandelijke pijnklachten) en in deze redenering zou een **tijdig uitgevoerde meer invasief coronair onderzoek mogelijk een coronaire pathologie hebben kunnen in het licht stellen, met mogelijk ook een behandeling**. Dit alles is evenwel **speculatief** en ik vrees dat – gezien de initiële correct uitgevoerde en negatief gebleken infarctonderzoeken – er **niet echt een medische fout** kan worden aangetoond en weerhouden in hoofde van de betrokken geneesheren, hoewel ontegensprekelijk achteraf bekeken de waarschijnlijkheid van een acute cardiale pathologie als doodsoorzaak niet kan worden [sic] betwist zodat achteraf bekeken er wel een beoordelingsfout kan worden verweten (maar dit is **geen echte “medische fout”**).

## **V. Bespreking**

### **a. Visie van zorgverleners**

Dr. ...

Dr. ... heeft niets toe te voegen aan zijn verslaggeving van maart 2010.

Dr. ...

Geen bemerkingen.

Dr. ... voor dr. ...

Dr. ... benadrukt dat dr. ... betrokkene **nooit heeft gekend met een pijnsyndroom presternaal** aangezien dat maandagnamiddag **niet meer aanwezig** was. Dr. ... kende haar met een **misselijkheidssyndroom**.

Dr. ...

Dr. ... benadrukt dat er waarschijnlijk dinsdag 24 augustus 2010 **een overleg is geweest met de cardioloog van maatschap, dr. ... die op basis van het verhaal op stukken van mening was dat er geen cardiale pathologie te vrezen was**. Deze diagnostische piste werd dan ook verlaten op basis van een **normaal geprotocolleerd ECG, negatieve troponines, en CK's op spoed**. De gelijklopende adviezen van twee psychiaters oriënteerden zijn diagnostische blik eerder in deze richting bij een dame met wat **obsessief compulsieve kenmerken**. Hij vermoedt niet dat de diagnose door hem naar voren geschoven, de oesofagitis graad I de totale uitleg was van de klachten van mevrouw .... Mevrouw ... heeft zijn dienst **in goeden doen verlaten**.

Visie van dr. ... – dr. ...

Er was **tunnelvisie**: er werd uitgegaan van een **gastritis** op Aceclofenac. De spoedgevallenarts had al de **piste van cardiale problematiek verlaten**, en betrokkene doorgezonden naar een dienst algemeen interne. De eerste diagnosticus was de acutist. Het is niet goed begrijpelijk dat deze niet werd uitgenodigd volgens dr. .... Dr. ... is tenslotte geriater, geen cardioloog en geen acutist.

Zou een eventuele cardiale behandeling de evolutie veranderd hebben bij mevrouw blijft ten zeerste de vraag. Immers ook de doodsoorzaak is niet gekend met zekerheid.

Het infarct – zo het er al een was – kan immers ook veel later begonnen zijn dan deze zondag 22 augustus 2010.



Mr. ... loco mr. ...

Vestigt de aandacht op de argumentatie van dr. ...., internist-pneumoloog van 22 september 2011 waaruit blijkt dat ook voor deze internist het verhaal ook **anders dan cardiologisch kon geïnterpreteerd worden**, na eerdere ECG en hartenzymesbepaling.

#### **b. Mevrouw ...**

... zou gevraagd hebben voor **nazicht cardiologie** op spoedgevallen, volgens dochter. De nachtverpleegkundige zou meermaals door ... gebeld zijn met de vraag voor meer adequate behandeling bij haar moeder die bewegingsonrust kende, en veel pijn ter hoogte van de borst. Ze sprak ook niet veel.

Moeder was bij navraag voorheen **nooit in psychiatrische behandeling** geweest.

... was aanwezig bij haar moeder vanaf zondagmiddag 12.00 u tot maandagmorgen uur onbekend. **Zij kan zich niet herinneren dat zij dr. ... of een cardioloog heeft zien passeren op interne.** Voor haar moeder was deze opname een eerste passage in een ziekenhuis.

#### **c. Visie van het deskundigencollege**

Het deskundigencollege meent dat er voldoende samenlopende vermoedens zijn om te stellen dat mevrouw ... bij opname op 22 augustus 2010 een **acuut myocard infarct** deed, minstens dat er **zeer zware vermoedens** waren dat zij dit acuut myocard infarct deed waarbij **deze diagnose niet als differentiaal diagnose had mogen geschrapt worden.**

Zij baseert zich op:

1. De **verwijsbrief van de huisarts van wacht**
2. De **vermelding van mogelijk acuut infarct door de stagiair interne geneeskunde ...**
3. De **klinische beschrijving op de dienst interne geneeskunde, rapport stagiair ...**
4. De verpleegkundige nota's die melding maken van de **mogelijkheid van acuut myocard infarct**
5. De **verwijzing door de acutist naar interne geneeskunde wegens mogelijk infarct**
6. De vermelding van het automatisch **protocol ECG op spoed.**

Het college gaat er van uit dat mevrouw ... op 28 augustus 2010 **overleed aan cardiale gevolgen** bijvoorbeeld van een hartritmestoornis, **mogelijk mede geïnduceerd door de toegediende medicatie Seroquel en Sypralexa die enige cardiotoxiciteit kennen, medicatie waarmee zij op de dienst interne werd ontslagen.**

Een gemiste diagnose is **geen bewijs van foute aansprakelijkheid.** De foute aansprakelijkheid dient afgetoetst aan het **feit of alle medische onderzoeken werden verricht die een normaal voorzichtig arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden zou verricht hebben om tot een diagnose te komen.**

Zorgverleners kunnen niet verhullen dat er **duidelijke klinische tekenen waren die wezen op een cardiale problematiek op 22 augustus 2010.** Mevrouw had op spoed zeer hevige pijn die uitstraalde naar beide armen en naar de hals, ze was klam en zweette profuus. Mevrouw kreeg majeure pijnstilling toegediend.

De onderzoeken die verricht werden tijdens de vijf dagen durende hospitalisatie waren:

1. Eén ECG op spoed
2. Een laboratoriumonderzoek met hartenzymes, op spoed, afname zelfde dag 10u34.
3. Eén gastroscopie, daags nadien
4. Twee psychiatrische consulten

Het ECG was – **zelfs zonder Hindbias** – duidelijk **positief** op ST T elevatie in de precordialen. De **acutist mistte dit blijkbaar**, het automatische protocol van de ECG-machine vermeldt dit wel. Er waren **klinisch ruim voldoende aanwijzingen om het onderzoek op een dienst interne verder te oriënteren naar cardiologisch onderzoek.**

De acutist verwijst de gestelde pathologie door naar de dienst inwendige ziekten. Dit is een **correcte verwijzing**. Een **maaglijden en hartinfarct zijn internistische pathologieën**. Het is **aan de dienst inwendige ziekten dit verder uit te werken.**

De normale onderzoeken die hadden moeten gebeuren tijdens de hospitalisatie waren:

1. Een **tweede** ECG diende verricht te worden binnen enkele uren na opname om de evolutie te kunnen appreciëren.
2. Een **tweede** bepaling troponines diende verricht te worden na vier uren (gestegen?); deze hercontrole na vier uur was gebruikelijk op een internistische dienst sinds 1996.
3. **Cardiologisch consult** had moeten gevraagd worden tijdens de hospitalisatie.

Er **schortte iets aan de overdracht** van deze patiënte. Blijkbaar is er **onvoldoende overleg geweest met dr. ...**, internist-geriater, die instond voor de opname zodat het aspect pijn op de borst met uitstraling naar beide armen en hals, en nood tot majeure pijntherapie van zondag 22 augustus 2010 op maandag 23 augustus 2010 dr. ... **niet meer gekend waren**. Anderzijds de inhoud van het medisch dossier en spoed en interne was **duidelijk**.

Het college weerhoudt daarom dat er **onvoldoende adequaat gereageerd** werd op de toestand van dame ... zoals dat **van een normale dienst interne geneeskunde** had mogen verwacht worden. Een aantal eenvoudige onderzoeken hadden kunnen voorkomen dat ook de differentiaal diagnose van acuut infarct gemist werd. Hierdoor is de mogelijkheid van adequate behandeling met overleving mevrouw ... ontnomen geworden.

Op 28 augustus 2010 **zou zij normaliter nog op hartbewaking hebben gelegen**, en was haar kans tot het overleven van een hartinfarct **zeer substantieel** (> dan 90 %). Haar overlijden op 28 augustus 2010 is daarom ons inziens een **eenduidig gevolg van onvoldoende zorg** aan een patiënte met een instabiele angor.

Gezien er volgens het deskundigencollege een **aansprakelijkheid tegenover dr. ... en dr. ... kan weerhouden worden**, is er geen sprake van een MOZA.

De hoegrootheid van de schade betreft een overlijden, wat – mits correcte zorg – had kunnen vermeden worden met **zeer grote waarschijnlijkheid** (lees: meer dan 90 %). [...]"

Op de opmerkingen van de raadsman van verweerders en de opmerkingen van dr. ..., hun raadsarts, die beiden waarschuwden voor een “*hindsight bias*” (vrij vertaald: een beoordeling die gestuurd wordt door hetgeen men achteraf weet), antwoordt het college als volgt:

*“Zorgverleners merken correct op dat een gemiste diagnose geen fout is. Zorgverleners merken terecht op dat men zich moet hoeden voor de hindsight bias bij het vellen van een oordeel. Daarom dient men vooreerst de zaak te bekijken vanaf aanloop, zonder kennis van/rekening te houden met de afloop.*

De dag van aanloop 22 augustus 2010 waren volgende beoordelingselementen aanwezig:

1. De verwijfsbrief van de huisarts van wacht: vermoeden hartinfarct
2. De vermelding van mogelijk acuut infarct door de stagiair interne geneeskunde ...
3. De klinische beschrijving op de dienst interne geneeskunde, rapport stagiair ...
4. De verpleegkundige nota's die melding maken van de mogelijkheid van acuut myocard infarct<sup>7</sup>
5. De verwijzing door de acutist naar interne geneeskunde wegens mogelijk infarct
6. De vermelding op het automatisch protocol ECG op spoed, ST elevatie (afleidingen V5 en V6)
7. Initiële negatieve hartenzymes op laboratoriumtesten
8. De hevige pijnen met toediening van hogere dosissen Dipidolor en Contramal

**Binnen deze feitelijke vaststellingen had een interne dienst van een ziekenhuis een tweede ECG en een tweede hartenzymp bepaling moeten verrichten binnen de zes uur.**

In de week van aanloop tot ontslag uit het ziekenhuis beschikken we over volgende elementen:

1. de tentatieve diagnose van gastro-intestinaal ulcus op antiflogistische medicatie werd **niet bevestigd**
2. gedurende een volledige week opname werd **nooit** enig cardiologisch consult gepleegd door de dienst interne, noch controle labo, noch controle ECG
3. ontslag **zonder diagnose** na één week ondanks hevige borstkaspijnen waarvoor hoge dosissen Dipidolor en Contramal
4. De wetenschap dat acute en silentieuze hartinfarcten **niet zeldzaam** zijn in de geriatrie, zeker niet bij vrouwen tien jaar na de menopauze.

**Binnen deze feitelijke vaststellingen had een interne dienst van een ziekenhuis een cardiologisch consult moeten vragen, met ECG opvolging en opvolging van laboratoriumwaarden hartenzymes en andere klassieke laboratoriumonderzoeken.**

**Wanneer we de denkoefening *ex ante* verrichten, komen we tot het besluit dat er niet gehandeld werd in het geval van mevrouw ... zoals we modaal hadden mogen verwachten van een internistische dienst van een algemeen ziekenhuis noch tijdens de dag van aanloop, noch tijdens de week van aanloop.”**

De besluiten van de FMO-experten luiden:

“[...]

#### **b. Oorzaak van de schade**

De schade, het overlijden, is een gevolg van het **hartinfarct**. Door een **onzorgvuldig handelen in de diagnosestelling** tijdens hospitalisatie van 22 tot 27 augustus 2010 werd mevrouw ... een **overlevingskans ontnomen**.

#### **c. MOZA**

De overweging van MOZA komt ons inziens niet ter sprake omdat het college uitgaat van een **medisch ongeval met aansprakelijkheid**.

#### **d. Ernst van de schade**

Wijlen mevrouw ... overleed aan haar hartinfarct. Wijlen mevrouw ... **liep een grote overlevingskans mis**. Deze overlevingskans bedroeg bij zorgvuldig handelen zoals van een module internistische dienst van een algemeen ziekenhuis, geplaatst in dezelfde omstandigheden mocht verwacht worden, **9 op 10**.

Er heeft zich geen tijdelijke door zorg veroorzaakte schade tot aan het overlijden gerealiseerd. Mits een correcte behandeling was mevrouw ook volledig persoonlijk en huishoudelijk ongeschikt geweest tot aan het overlijden.

#### **e. Aanvullende vraagstellingen**

5. Werd gedacht aan een non-STEM!?

NEEN

6. Wat zijn de EBM richtlijnen in dergelijk geval en werden deze nageleefd?

7. Volstaat een eenmalig bloedonderzoek om de diagnose myocardinfarct uit te sluiten?  
Neen.”

8. Was er bij het cardiologisch onderzoek de dato 1 maart 2010 een indicatie voor een coronarografie?

Neen.”

Op **24 februari 2017** liet de raadsman van verweerders aan het FMO weten zich volstrekt niet te kunnen vinden in het eindverslag en maakte nog het verslag over van hun raadsgeneesheer en een derde externe deskundige, opdat het FMO hiermee zou rekening houden in zijn advies.

7.

Het FMO bracht op **3 juli 2017** een advies uit (stuk 2 eiser).

Het FMO verwees naar de bevindingen van de FMO-experten, maar ook naar de EBM-richtlijnen die bepalen dat bij symptomen die wijzen op een AMI het gangbaar is in een dienst inwendige om hartenzymen na 4 uur te herbepalen. Deze richtlijnen strekken volgens het FMO tot maatstaf bij de toetsing van de zorgvuldigheidsnorm. Het FMO besloot dat het verzuim van minstens een tweede enzymenonderzoek, gelet op de duidelijke kliniek, het niet uitsluiten van een levensbedreigende AMI en de niet adequate overdracht door dr. ... foutief was in zijn hoofde. Wat dr. ... betreft, was het FMO niet overtuigd zijn argument dat de borstpijnklasten van mevrouw ... hem niet gekend waren, aangezien die duidelijk uit het dossier bleken. Ook hij verzuimde om de nodige onderzoeken te doen uitvoeren om de diagnose van AMI uit te sluiten.

Het besluit van het FMO luidt:

*“Uit de informatie die werd overgemaakt door de aanvragers en het dossier dat samengesteld werd door het Fonds, blijkt dat de schade van mevrouw ... het gevolg is van een **fout** begaan door de betrokken zorgverstrekker, zijnde **dr. ..** en **dr. ..***

*Dr. ... en dr. ... dan wel hun verzekeraar, Am/in, wordt verzocht, binnen een termijn van 3 maanden vanaf de kennisgeving van het advies, een voorstel tot vergoeding over te maken aan de nabestaanden van mevrouw ... en aan het Fonds.*

*De schade van mevrouw ... kan gezien de vastgestelde aansprakelijkheid niet beschouwd worden als abnormaal in de zin van artikel 2, 7° van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg waardoor in casu niet kan besloten worden tot een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.”*

Het FMO komt in zijn advies tot het besluit dat de schade ernstig is in de zin van artikel 5, 4° van de Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (hierna “de wet van 31.03.2010”) en dat mevrouw ... een overlevingskans heeft verloren van **90 %**.

Het advies van het Fonds werd overeenkomstig artikel 22, lid 1 van de wet 31 maart 2010 per aangetekende brief van 5 juli 2017 ter kennis gebracht van dokter ..., dokter ..., hun raadsman en ..., hun verzekeraar, met het verzoek om een vergoedingsvoorstel over te maken. (stuk 3 eisers).

Met een brief van **13 september 2017** betwistte de raadsman van verweerders hun aansprakelijkheid om reden dat niet was bewezen dat de plotse dood te wijten was aan een hartinfarct. (stuk 4 eisers).

8.

Het FMO stelde vervolgens in toepassing van de artikelen 4,3° en 30 van de wet van 31 maart 2010 een vergoedingsvoorstel op voor een bedrag van 40.175,91 EUR en maakte dit over aan de heer ... die het aanvaardde, waarna het bedrag werd overgeschreven op zijn rekening op **23 februari 2018** (stukken 7 en 8 eisers).

9.

In mei 2018 ging eiser over tot dagvaarding van verweerders.”

### III. Procedure in eerste aanleg

1. Het Fonds voor Medische Ongevallen (hieronder ook: FMO) vorderde voor de eerste rechter wat volgt:

“- te verklaren voor recht dat dokter ... en dokter ... aansprakelijk zijn voor het kansverlies van mevrouw ...;

verweerders dienovereenkomstig hoofdelijk, minstens in solidum, minstens de ene bij gebreke aan de andere, te veroordelen tot terugbetaling van de door het Fonds vergoedende en gerechtelijke intresten, zoals aangegeven;

verweerders hoofdelijk, minstens *in solidum*, minstens de ene bij gebreke aan de andere, te veroordelen tot terugbetaling van de door het Fonds betaalde kosten van de expertisewerkzaamheden van 4.590 EUR, meer vergoedende en gerechtelijke intresten, zoals aangegeven;

verweerders te veroordelen tot de kosten van het geding, inclusief de rechtsplegingsvergoeding;

- het vonnis uitvoerbaar bij voorraad te verklaren, niettegenstaande alle verhaalmiddelen, zonder borgstelling en met uitsluiting van het recht tot kantonnement.”

2. Dokters ..., de heer ... en ... hebben voor de eerste rechter in hoofdorde gevorderd om de vordering van het FMO ongegrond te verklaren wegens gebrek aan fout en om haar te veroordelen tot de gerechtskosten. In ondergeschikte orde vorderden zij om de vordering ongegrond te verklaren wegens gebrek aan oorzakelijk verband. In meer ondergeschikte orde vorderden zij om een college van deskundigen, ondergeschikt een gerechtsdeskundige aan te stellen, het FMO te bevelen om de kosten van de deskundige voor te schieten. In uiterst ondergeschikte orde vorderden zij om het verlies van een kans te begroten op slechts enkele procentpunten, de schadevordering te herleiden conform de opmerkingen in hun conclusie en de rechtsplegingsvergoeding te bepalen aan de hand van het uiteindelijk weerhouden schadebedrag.

3. De eerste rechter was van oordeel:

- dat zowel dokter ... als dokter ... een fout hebben gemaakt, omdat *“noch dr. ... noch dr. ... in hun diagnosestelling handelden zoals een normaal zorgvuldig en vooruitziend geriater, respectievelijk gastro-enteroloog, geplaatst in dezelfde omstandigheden: wat betreft dr. ... op de dag van de opname en wat betreft dr. ... nadien”*,
- dat *“de uitvoering van de overdracht tussen hen beiden [...] evenmin [verliep] volgens de voornoemde zorgvuldigheidsnorm”*, wat de diagnosestelling bemoeilijkte;
- dat er met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid een oorzakelijk verband bestond tussen het onzorgvuldig gedrag van de artsen en het overlijden van hun patiënt;
- dat er sprake was van een verlies van een kans ten belope van 90 %.

Op grond van deze overwegingen, heeft de eerste rechter de huidige appellanten veroordeeld tot betaling *in solidum* aan het FMO van 40.175,91 EUR, vermeerderd met vergoedende interesten vanaf 23 februari 2018 aan de wettelijke interestvoet, en tot betaling van de gerechtskosten, met inbegrip van de kosten van de door het FMO betaalde expertisekosten en een rechtsplegingsvergoeding.

...

## ➤ **Beoordeling aansprakelijkheid**

### ○ **Beoordeling deskundigenonderzoek**

2. De eerste rechter heeft zich voor de beoordeling van de aansprakelijkheid van beide artsen mede gesteund op het deskundigenonderzoek dat het FMO heeft georganiseerd.

3. Dokters ... en ... en ... (hieronder ook kortweg: de appellanten) voeren aan dat dit deskundigenonderzoek gebrekkig is gevoerd. Dr. ... is cardioloog terwijl de artsen die aansprakelijk worden gesteld respectievelijk geriater en gastro-enteroloog zijn. Dr. ... zou mogelijk tot een andere beoordeling zijn gekomen indien hij niet vanuit zijn eigen specialisatie zou hebben geadviseerd. Het onderzoek verliep volgens de appellanten bovendien niet op (voldoende) tegensprekelijke wijze. Dokter ... werd immers niet uitgenodigd voor de eerste expertisevergadering, en werd bijgevolg in deze fase niet gehoord door de deskundigen, zodat hij zijn rechten van verdediging niet kon uitoefenen. Dr. ... werd weliswaar uitgenodigd voor een tweede expertisevergadering, maar de deskundigen zouden op dat ogenblik al definitief hun oordeel hebben gevormd en het standpunt van dr. ... hebben genegeerd. Het FMO had volgens de appellanten de deskundigen moeten vervangen vooraleer een nieuwe expertisevergadering te organiseren, teneinde daadwerkelijke tegenspraak vanwege dr. ... te waarborgen. De appellanten klagen voorts aan dat er geen voorverslag werd opgesteld waarop zij konden antwoorden; in het eindverslag werd weliswaar melding gemaakt van 'preliminaria', maar dat betrof een feitelijke vergissing. Voor opmerkingen over de expertise beschikten zij slechts over een termijn van achttien dagen, wat te kort zou zijn. De deskundigen zouden bovendien niet hebben geantwoord op de opmerkingen die dr. ... namens hen op 9 november 2016 (stuk 7 appellanten) en op 24 februari 2017 (stuk 10 appellanten) heeft geformuleerd, met verwijzing naar bijkomende literatuur.

Om al deze redenen vragen de appellanten dat het hof een nieuw deskundigenonderzoek zou bevelen, door een college van deskundigen.

4. Het hof is van oordeel dat er geen aanleiding is om een nieuw deskundigenonderzoek te bevelen.

Het feit op zich dat dr. ... niet dezelfde specialisatie heeft als beide artsen wiens aansprakelijkheid in vraag gesteld wordt, impliceert op zich niet dat hij niet in staat was om advies te verlenen over de vraag of dokters ... en ... respectievelijk als normaal zorgvuldig internist-geriater en als normaal zorgvuldig internist-gastro-enteroloog hebben gehandeld. Hieronder zal worden besproken dat uit de objectieve feitelijke omstandigheden blijkt dat het onzorgvuldig handelen van beide artsen niet verzoenbaar was met het handelen van een normaal zorgvuldig arts, ongeacht zijn of haar specialisatie. Dr. ... werd bovendien bijgestaan door dr. ..., die gespecialiseerd is in verzekeringsgeneeskunde. Dit vormt mede een waarborg om een tunnelvisie, zoals door de appellanten aangeklaagd, te voorkomen. De appellanten en hun advocaat hebben overigens gedurende het deskundigenonderzoek op geen enkel ogenblik opmerkingen gemaakt over de specialisatie van dokters ... en ..., zodat naar redelijkheid kan worden aangenomen dat zij (impliciet) akkoord gingen met deze aanstelling. Het feit dat een cardioloog werd aangesteld als deskundige is bovendien begrijpelijk en aanvaardbaar, nu mevrouw ... zich in het ziekenhuis had aangemeld vanwege een cardiale problematiek.

Het hof is voorts van oordeel dat het deskundigenonderzoek op een voldoende tegensprekelijke wijze is verlopen. Dokter ... werd weliswaar niet opgeroepen bij de eerste expertisevergadering, maar hij werd wel uitgenodigd voor en was aanwezig bij de tweede expertisevergadering. Tijdens deze tweede vergadering waren alle betrokken actoren aanwezig, met name de deskundigen van het FMO, dr. ..., dr. ..., hun verzekeraar en de advocaat van dokter ... en ... en hun verzekeraar, evenals dr. ... namens de zorgverleners en het ... en de dochter van mevrouw .... Het feit dat urgentiearts dokter ... bij deze vergadering niet aanwezig was, stond een tegensprekelijke expertise niet in de weg, nu de aansprakelijkheid van dokter ... nooit in het gedrang is gekomen, en een schriftelijke neerslag van zijn tussenkomst beschikbaar was (gevoegd als niet-genummerde bijlage bij het deskundigenverslag). Dokter ... kon aldus op volwaardige wijze tegenspraak voeren. Uit geen enkel objectief element waarvan het hof kennis heeft kunnen nemen blijkt dat de door het FMO aangestelde deskundigen op dat ogenblik reeds een standpunt zouden hebben ingenomen, waaruit zou kunnen blijken dat zij, vooraleer dr. ... te hebben gehoord, bevooroordeeld zouden zijn geweest. In deze omstandigheden was er ook geen aanleiding om op dat ogenblik nieuwe deskundigen aan te stellen. Dokter ... of zijn advocaat hebben daar overigens op dat ogenblik ook niet om verzocht.

Hoewel er geen voorverslag werd neergelegd, hebben de partijen de gelegenheid gekregen om opmerkingen te formuleren over wat er mondeling gedurende de expertisevergadering werd uiteengezet. Dit is ook effectief gebeurd (stuk 7 appellant). De deskundigen hebben de medische opmerkingen besproken in hun verslag, waar onder meer zeer uitvoerig wordt ingegaan op het verwijt van 'hindsight bias' (vooringenomenheid ingevolge van kennis achteraf) (zie p. 13, 16 en 17 van het verslag), dat werd hernomen, met verwijzing naar medische literatuur, in de brief van 24 februari 2017 (stuk 10 appellanten), en op het klinisch onderzoek door dr. ... en de medische voorgeschiedenis van de patiënt. De deskundigen hebben in hun verslag eveneens, op zijn minst impliciet, verwezen naar de (mondelijke) opmerkingen van cardiologen dokter ... en ... dat het ECG op zich niet doorslaggevend is (en veeleer mogelijk zou wijzen op pericarditis), maar moet worden geïnterpreteerd in functie van de 'kliniek' (*"Er waren klinisch ruim voldoende aanwijzingen om het onderzoek op een dienst interne verder te oriënteren naar cardiologisch onderzoek"* (p. 13 van het verslag)). Uit niets blijkt dat dokters ... en ... van de concrete klinische aanwijzingen in het specifieke dossier op de hoogte waren.

De deskundigen hebben in hun verslag voorts ook aandacht besteed aan het oorzakelijk verband tussen de volgens hen aangetoonde onzorgvuldigheid van de artsen en het overlijden. Daardoor hebben zij, op zijn minst impliciet, geanticipeerd op de verwijzing namens appellanten bij brief van 24 februari 2017 (na de neerlegging van het eindverslag) naar mogelijke andere doodsoorzaken.

Het hof is voorts van oordeel dat de appellanten voldoende tijd hebben gekregen om opmerkingen te formuleren bij de expertise. Ook in dit stadium reiken de appellanten overigens geen nieuwe argumenten aan waarvoor de aanstelling van een gerechtsdeskundige vereist zou zijn.

Rekening houdend met al wat voorafgaat is het hof van oordeel dat het deskundigenonderzoek op een voldoende tegensprekelijke wijze, volgens de regels van de kunst, is verlopen. Er bestaat geen betwisting tussen de partijen dat het hof niet gebonden is door dit verslag, dat geldt als advies.

Zoals hieronder zal blijken, acht het hof zich op grond van het verslag van de deskundigen en alle andere overgelegde stukken voldoende geïnformeerd om zich over de zaak uit te spreken, zodat er geen reden is om een college van gerechtsdeskundigen aan te stellen.



o **Beoordeling aansprakelijkheid**

5. Het FMO voert aan dat dokters ... en ... onvoldoende zorgvuldig hebben gehandeld. Volgens het FMO waren er van bij de ziekenhuisopname van mevrouw ... verschillende aanwijzingen van een myocardinfarct, maar hebben zowel dokter ... als dokter ... daarvoor onvoldoende aandacht gehad. De diagnosestelling gebeurde volgens het FMO onvoldoende zorgvuldig.

6. De appellanten voeren aan dat beide artsen, zeker rekening houdend met hun specialisatie (niet-cardiologen), voldoende aandacht hebben besteed aan een cardiale oorzaak. Het FMO zou zich laten leiden door 'hindsight bias'. Bij de opname op de dienst interne geneeskunde was er al een ECG uitgevoerd, dat volgens de appellanten niet indicatief was voor een infarct. De urgentiearts had het ECG al geprotocolleerd. Op het protocol werd wel melding gemaakt van een aspecifieke ST-elevatie, maar dat is volgens de appellanten niet diagnostisch voor een myocardinfarct. Het ECG werd voorgelegd aan cardioloog, dr. ..., die het ECG als 'dubieus' bestempelde en die liet weten dat het moest geïnterpreteerd worden in het kader van de 'kliniek', wat door een andere cardioloog, dr. ..., werd bevestigd. Er waren volgens de appellanten geen klinische indicaties voor een infarct. De cardio-enzymen waren negatief. Het klinisch ziektebeeld beantwoordde aan het geven van ontstekingsremmende geneesmiddelen (NSAID's) zonder maagprotectie, wat kan leiden tot maagproblemen. Er werden weliswaar 'retrosternale pijnen' vastgesteld, maar deze kunnen ook een gevolg zijn van oprispand maagzuur, dat pijn bovenaan op de borst kan veroorzaken. De klachten van mevrouw ... waren bovendien niet verminderd na inname van geneesmiddelen tegen hartproblemen (Cedocard en Temesta). Dokters ... en ... voeren voorts aan dat zij niet op de hoogte waren van de verwijfsbrief van de huisarts die had doorverwezen vanwege hartproblemen, terwijl de spoedarts had besloten dat er geen sprake was van een cardiale oorzaak. In het licht van al deze vaststellingen was er volgens de appellanten geen aanleiding om de diagnose van een hartinfarct aan te nemen, of om de patiënt door te verwijzen naar een cardioloog. Dokter ... zou terecht hebben beslist om de patiënt zonder verder cardiaal onderzoek ter observatie te laten opnemen op de dienst gastro-enterologie. Dokter ..., die niet geconfronteerd werd met klinische aanwijzingen van een hartprobleem, heeft volgens de appellanten correct gehandeld door een gastroscopie te laten uitvoeren, en, bij gebreke aan afwijkingen, de observatie van de patiënt te verlengen en psychiatrisch advies te vragen.

Op het ogenblik dat dokter ... mevrouw ... voor het eerst te zien kreeg, waren de klachten volgens de appellanten bovendien sterk verminderd of zelfs verdwenen.

7. Het hof is, zoals de eerste rechter, van oordeel dat dokter ... niet heeft gehandeld als normaal zorgvuldig geriater en dat dokter ... niet heeft gehandeld als normaal zorgvuldig gastro-enteroloog geplaatst in dezelfde feitelijke omstandigheden.

Het hof is, zoals de deskundigen die werden aangesteld door het FMO en de eerste rechter, van oordeel dat zowel dokter ... als dokter ... onvoldoende aandacht hebben besteed aan de mogelijk cardiale oorzaak van de pijnen van mevrouw ....

Nadat mevrouw ... was doorverwezen naar de dienst interne geneeskunde, heeft stagiair dokter ... op zondag 22 augustus 2010 een opnameverslag opgesteld, dat gevoegd is bij het deskundigenverslag, dat het opnameverslag samenvat als volgt:

*“Het vermeldt als reden van hospitalisatie: vermoeden acuut myocardinfarct? Epigastrische pijn. Het vermeldt bijkomend de voorgeschiedenis: drukkend gevoel bij wandelen, beter bij rust, en Temesta, sinds een paar weken. Bij dokter ... alles OK. Huidige ziektegeschiedenis: continue drukkende pijn epigastrisch met acute start om 8:30 uur bij het naar de bakker gaan. De pijn wordt nu nog erger. Cedocard en een halve Temesta hielpen niet. Klam zweterig, geen kortademigheid. De pijn straalt uit naar keel en beide armen. Mevrouw kent braakneigingen, waarvoor ze Pantomed toegediend krijgt met anti-emeticum Litan, op spoed. Ze is misselijk. Ze houdt haar ogen dicht wegens pijn. Ze vertoont geen koorts. De huid is klam, geen oedeem. Er is een saturatie van 98 %. De centraal veneuze drukmeting, bedraagt 7 cm. Auscultatie is verder negatief.”*

Ook indien wordt aangenomen dat noch dokter ..., noch dokter ..., kennis hadden van de verwijfsbrief van de huisarts van wacht, waarin werd verwezen naar *“uitgesproken pijnklachten, onregelmatig ritme, profuus zweten, bloeddruk 160 over 70 [...]”*, dienden zij in elk geval uit dit opnameverslag te kunnen afleiden dat er ernstige aanwijzingen waren voor een cardiale oorzaak. In het verslag wordt uitdrukkelijk vermeld dat de opname gebeurde *“wegens vermoeden myocardinfarct”* en werd melding gemaakt van klinische elementen die daarmee, zoals werd bevestigd door de deskundigen van het FMO, in verband zouden kunnen worden gebracht, ook al zouden de klinische vaststellingen mogelijk ook andere oorzaken kunnen hebben. Om dit vast te stellen was een specialisatie als cardioloog niet vereist. Elk normaal zorgvuldig arts geplaatst in dezelfde feitelijke omstandigheden was daartoe in staat.

Dokter ... had op 22 augustus 2010 bovendien kennis van het verslag van spoedarts dokter ..., dat dokter ... heeft afgestempeld. Ook daarin wordt melding gemaakt van een klinisch beeld dat aanwijzingen bevat van een cardiale problematiek. Het verslag maakt onder meer melding van *“epigastrische pijn die bij spanning opkomt en bij rust wat beter wordt. Episodes worden steeds erger.”* Het feit dat de epigastrische pijn (pijn op de borst), die zelfs aanhield nadat zware medicatie was toegediend, mogelijk ook andere oorzaken zou kunnen hebben, zoals oprispend maagzuur, doet daaraan geen afbreuk.

Het feit dat het ECG op de dag van de opname in het ziekenhuis door de spoedarts als *“normaal sinusiaal”* werd geïnterpreteerd, was, gelet op de klinische vaststellingen, geen reden om verder cardiologisch onderzoek uit te voeren. Er kan aangenomen worden dat de vermelding op het automatisch protocol van het ECG *“sinusritme: niet-specifieke ST-T elevatie”* op zich niet doorslaggevend was voor de vaststelling van cardiale problemen, maar ook de door de appellanten zelf geraadpleegde cardiologen, hebben (mondeling) geadviseerd dat het ECG *“dubieus”* was en dat een interpretatie in functie van de *“kliniek”* noodzakelijk was, terwijl er voldoende klinische aanwijzingen waren die konden wijzen op een cardiologische problematiek. Zoals hierboven al werd besproken dienden de klinische vaststellingen elk normaal zorgvuldig arts, ongeacht de specialisatie, aan te zetten tot verder cardiologisch onderzoek. Het feit dat door de urgentiearts het ECG als normaal werd geïnterpreteerd doet daaraan geen afbreuk. De urgentiearts heeft de patiënt correct doorverwezen naar de dienst interne geneeskunde, waar ook verder cardiologisch onderzoek kan worden uitgevoerd.

Ook het feit dat er geen afwijkingen werden vastgesteld betreffende de hartenzymen, was niet doorslaggevend om een cardiologische problematiek te kunnen uitsluiten, of om daarnaar geen verder onderzoek te verrichten in het kader van de diagnosestelling. De FMO-deskundigen merken wat dit betreft op dat er wel sprake was van *“initiële negatieve hartenzymes op laboratoriumtesten”* en op het feit dat *“Een tweede bepaling troponines diende verricht vier uren later (gestegen?); deze hercontrole na vier uur was gebruikelijk op een internistische dienst sinds 1996”* (p. 13 van het verslag). Dit advies wordt niet aan de hand van stukken weerlegd door de appellanten. Er kan aangenomen worden dat elke arts die werkt op een dienst interne geneeskunde, ook een niet-cardioloog, van deze gebruikelijke werkwijze op de hoogte diende te zijn.

Ook het feit dat de klachten van mevrouw ... niet waren verminderd na inname van geneesmiddelen tegen hartproblemen (Cedocard en Temesta), ontsloeg de artsen niet van verder cardiologisch onderzoek.

Het hof stelt voorts, zoals de gerechtsdeskundigen, vast dat ook het verpleegkundig opnamedossier melding maakt van *“epigastrische pijn”* op 22 augustus ... en van een *“vermoeden acuut myocardinfectie”*. De verpleegkundigen bevestigden dat er sprake was van *“veel pijn”* en *“erg misselijk”*.

Zowel dokter ... als dokter ... hadden kennis van bovenvermelde verslagen in het medisch dossier van hun patiënt. Zeker gelet op de afwezigheid van mondeling contact tussen beide artsen naar aanleiding van de overdracht van de patiënt, diende ook dr. ... deze schriftelijke informatie grondig te bestuderen.

De FMO-deskundigen hebben op grond van wat voorafgaat correct geadviseerd wat volgt:

*“Zorgverleners kunnen niet verhullen dat er duidelijke klinische tekenen waren die wezen op een cardiale problematiek op 22 augustus 2010. Mevrouw had op spoed zeer hevige pijn die uitstraalde naar beide armen en naar de hals, ze was klam en zweette profuus. Mevrouw kreeg majeure pijnstilling toegediend.”*

Het feit dat dokter ... de patiënt pas daags na de opname voor het eerst heeft gezien, toen de pijn reeds was afgenomen, doet geen afbreuk aan zijn verantwoordelijkheid, nu hij kennis had, of minstens diende te hebben, van de vermelde schriftelijke verslagen in het medisch dossier. In strijd met wat de appellanten aanvoeren, was de pijn overigens ook tijdens de dagen volgend op de opname nog niet geheel verdwenen, zij het dat de pijn zienderogen verminderde. Het verpleegkundige verslag, waarvan dokter ... kennis diende te nemen om als normaal zorgvuldig arts een correcte diagnose te kunnen stellen, vermeldt immers wat volgt:

*“Maandag 23 augustus 2010*

*VM: bedje opgemaakt; nog wat pijn maar rustig.*

*NM: blijft misselijk. Primperan IV. Zou “niet” helpen*

*Dinsdag 24 augustus 2010*

*Nacht: Medicatie helpt niet genoeg*

*VM: Veel beter. Minder pijn. Heeft kunnen eten.”*

Na een maagdarmonderzoek en tweemaal een psychiatrisch consult werd mevrouw ... op 27 augustus 2010 door dokter ... ontslagen uit het ziekenhuis, terwijl dokter ... blijkens het deskundigenverslag (p. 9) heeft bevestigd dat hij op dat ogenblik geen duidelijke diagnose had.

Gelet op de vermelde klinische aanwijzingen was ook deze beslissing tot ontslag uit het ziekenhuis, zonder verder onderzoek, voorbarig en onzorgvuldig.

De deskundigen hebben geadviseerd dat tijdens het verblijf van mevrouw ... in het ziekenhuis, op cardiologisch vlak, in elk geval volgende bijkomende onderzoeken hadden moeten worden uitgevoerd:

- “1. Een tweede ECG diende verricht binnen enkele uren na opname om de evolutie te kunnen appreciëren.*
- 2. Een tweede bepaling troponines diende verricht te worden na vier uren (gestegen?); deze hercontrole na vier uur was gebruikelijk op een internistische dienst sinds 1996.*
- 3. Cardiologisch consult had moeten gevraagd worden tijdens de hospitalisatie.”*

Rekening houden met al wat voorafgaat, deelt het hof het oordeel van de deskundigen *“dat er onvoldoende adequaat gereageerd werd op de toestand van dame ... zoals dat van een normale dienst interne geneeskunde had mogen verwacht worden. Een aantal eenvoudige onderzoeken hadden kunnen voorkomen dat ook de differentiaal diagnose van acuut infarct gemist werd. Hierdoor is de mogelijkheid van adequate behandeling met overleving mevrouw ... ontnomen geworden.”*

Uit wat voorafgaat blijkt dat zowel dokter ... als dokter ... in het licht daarvan onzorgvuldig hebben gehandeld. Zoals werd besproken was er reeds op de dag van de opname op 22 augustus 2010 een medisch dossier beschikbaar dat elk normaal zorgvuldig arts geplaatst in dezelfde feitelijke omstandigheden had moeten aanzetten tot verder cardiologisch onderzoek. Gelet op de aard van de klinische vaststellingen diende dit ook bij hoogdringendheid te gebeuren.

Uit de bespreking hierboven blijkt bovendien dat er geen sprake is van een beoordeling op grond van inzichten achteraf ('hindsight bias'). De deskundigen hebben deze argumentatie correct en volledig als volgt weerlegd in hun verslag (p. 16-17):

*“Zorgverleners merken correct op dat een gemiste diagnose geen fout is. Zorgverleners merken terecht op dat men zich moet hoeden voor de hindsight bias bij het vellen van een oordeel. Daarom dient men vooreerst de zaak te bekijken vanaf aanloop, zonder kennis van/rekening te houden met de afloop.*

De dag van aanloop 22 augustus 2010 waren volgende beoordelingselementen aanwezig:

- 1. De verwijfsbrief van de huisarts van wacht: vermoeden hartinfarct*
- 2. De vermelding van mogelijk acuut infarct door de stagiair interne geneeskunde ...*
- 3. De klinische beschrijving op de dienst interne geneeskunde, rapport stagiair ...*
- 4. De verpleegkundige nota's die melding maken van de mogelijkheid van acuut myocardinfaarct*
- 5. De verwijzing door de acutist naar interne geneeskunde wegens mogelijk infarct*
- 6. De vermelding op het automatisch protocol ECG op spoed, ST elevatie (afleidingen V5 en V6)*
- 7. Initiële negatieve hartenzymes op laboratoriumtesten*
- 8. De hevige pijnen met toediening van hogere dosissen Dipidolor en Contramal. Binnen deze feitelijke vaststellingen had een interne dienst van een ziekenhuis een tweede ECG en een tweede hartenzyembepaling moeten verrichten binnen de zes uur.*

In de week van aanloop tot ontslag uit het ziekenhuis beschikken we over volgende elementen:

- 1. De tentatieve diagnose van gastro-intestinaal ulcus op antiflogistische medicatie werd niet bevestigd*

2. Gedurende een volledige week opname werd nooit enig cardiologisch consult gepleegd door de dienst interne, noch controle labo, noch controle ECG

3. Ontslag zonder diagnose na één week ondanks hevige borstkaspijnen waarvoor hoge dosissen Dipidolor en Contrama

4. De wetenschap dat acute en silentieuze hartinfarcten niet zeldzaam zijn in de geriatrie, zeker niet bij vrouwen tien jaar na de menopauze.

*Binnen deze feitelijke vaststellingen had een interne dienst van een ziekenhuis een cardiologisch consult moeten vragen, met ECG-opvolging en opvolging van laboratoriumwaarden, hartenzymen en andere klassieke laboratoriumonderzoeken.*

*Wanneer we de denkoefening ex ante verrichten, komen we tot het besluit dat er niet gehandeld werd in het geval van mevrouw ... zoals we modaal hadden mogen verwachten van een internistische dienst van een algemeen ziekenhuis noch tijdens de dag van aanloop, noch tijdens de week van aanloop."*

8. De appellanten voeren aan dat er geen oorzakelijk verband is aangetoond tussen de aangevoerde onzorgvuldigheden en het overlijden van mevrouw ... die, ook mogelijk is overleden aan een andere doodsoorzaak dan een hartfalen. Zij wijzen erop dat er geen autopsie werd uitgevoerd.

9. De eerste rechter heeft, met verwijzing naar het deskundigenverslag, terecht beslist dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen de bewezen verklaarde onzorgvuldigheid van beide artsen en het overlijden van mevrouw ....

De deskundigen hebben in hun verslag geadviseerd wat volgt:

*"Het deskundigencollege meent dat er voldoende samenlopende vermoedens zijn om te stellen dat mevrouw ... bij opname op 22 augustus 2010 een acuut myocard infarct deed minstens dat er zeer zware vermoedens waren dat zij dit acuut myocard infarct deed*

[...]

*Het college gaat er van uit dat mevrouw ... op 28 augustus 2010 overleed aan cardiale gevolgen bijvoorbeeld van een hartritmestoornis, mogelijk mede geïnduceerd door de toegediende medicatie Seroquel en Sypralexa die enige cardiotoxiciteit kennen, medicatie waarmee zij op de dienst interne werd ontslagen."*

Deze beoordeling door de deskundigen wordt bevestigd door het feit dat mevrouw ... werd opgenomen in het ziekenhuis vanwege hartproblemen, met een vermoeden van "myocard infarct", wat werd ondersteund door talrijke klinische symptomen. Tijdens haar verblijf in het ziekenhuis werd mevrouw ... aan verschillende onderzoeken onderworpen en uiteindelijk ontslagen zonder dat een duidelijke diagnose kon worden gesteld, terwijl onvoldoende onderzoek werd uitgevoerd naar de cardiologische problematiek waarvoor zij zich had aangemeld in het ziekenhuis. De echtgenoot van mevrouw ... heeft verklaard dat zij tijdens de fatale ochtend van 28 augustus 2010 bij het aankleden dezelfde pijnen kreeg in haar borst die de aanleiding waren voor haar ziekenhuisopname, en die een aanwijzing kunnen zijn van een cardiologisch probleem. In het MUG-verslag van dezelfde dag wordt een "acuut myocardinfarct" als "vermoedelijke doodsoorzaak" vermeld (stuk 16, p. 18 van het FMO).

Tenslotte heeft ook dokter ... die als raadsarts van het ziekenfonds van mevrouw ... weliswaar niet noodzakelijk geheel onbevooroordeeld was, geadviseerd dat er *“allicht een cardiovasculair probleem aan de basis [lag] van het plotse overlijden”* (p. 11 deskundigenverslag).

Hoewel het, bij gebrek aan autopsie, niet met volledige wetenschappelijke zekerheid vast staat dat een hartfalen aan de oorzaak lag van haar overlijden, acht het hof dit in de beschreven omstandigheden, op grond van de aangehaalde overeenstemmende feitelijke elementen, met voldoende juridische zekerheid aangetoond.

10. De eerste rechter heeft, in overeenstemming met het verslag van de FMO-deskundigen, geoordeeld dat indien de artsen voldoende zorgvuldig zouden hebben gehandeld, mevrouw ... een overlevingskans had van 90 %.

De appellanten betwisten dit en vragen om dit verlies van een kans te begroten *“op slechts enkele procentpunten”*. Zij voeren aan dat het advies van de FMO-deskundigen wat dit betreft niet wetenschappelijk onderbouwd wordt, dat geen rekening wordt gehouden met de medische voorgeschiedenis van mevrouw ..., dat het ziektebeeld van mevrouw ... ‘aspecifiek’ was voor een myocard infarct en dat de uitvoering van een tweede ECG wellicht niet tot een andere diagnose zou hebben geleid.

11. Volgens de FMO-deskundigen had een overlijden mits correcte zorg *“met een zeer grote waarschijnlijkheid (lees: meer dan 90 %)”* kunnen worden vermeden (p. 14 van het verslag).

Zoals hierboven werd besproken waren er wel degelijk voldoende klinische aanwijzingen die wezen in de richting van een mogelijk myocard infarct, wat ook precies de aanleiding was waarom mevrouw ... in het ... werd opgenomen.

De appellanten tonen niet aan dat er een medische voorgeschiedenis was die de overlevingskansen van mevrouw ... zou hebben beperkt.

Het FMO wijst er in haar laatste conclusie (p. 56) terecht op dat een verblijf in het ziekenhuis op de dienst hartbewaking, in plaats van een verblijf thuis, de overlevingskansen van mevrouw ... substantieel zou hebben verhoogd. Het FMO verwijst in dit verband naar de prognose volgens de NHG-standaarden waarin wordt vastgesteld dat het overlijdenspercentage naar aanleiding van een acuut myocard infarct bij een behandeling in het ziekenhuis voor vrouwen in het jaar 2008 slechts 8 % bedroeg, terwijl de prognoses in de loop der jaren stelselmatig zijn verbeterd.

Op grond van wat voorafgaat acht het hof een verlies van een overlevingskans ten belope van 90 %, zoals de deskundigen hebben geadviseerd, aannemelijk.

#### o **Beoordeling schade**

12. Het FMO vordert van de appellanten de betaling van een bedrag van 40.175,91 EUR vermeerderd met interest. Het betreft het bedrag dat zij ingevolge de feiten hebben uitgekeerd aan de echtgenoot van mevrouw ..., de heer ....

13. De appellanten voeren wat dit betreft (enkel) betwisting over het gevorderde bedrag wegens huishoudelijke schade, ten belope van 17.292,00 EUR, dat het FMO terugvordert.

Het FMO heeft dit bedrag berekend op basis van een dagbedrag van 20 EUR per dag bij een 100 % (tijdelijke) ongeschiktheid. Bij gebrek aan concrete gegevens schatte het FMO de bijdrage van mevrouw ... in het huishouden op 45 % en het persoonlijk onderhoud op 20 %, en dit tot de leeftijd van 80 jaar, nu mevrouw ... na deze leeftijd wellicht hoe dan ook huishoudelijk 'ongeschikt' zou zijn geweest.

De appellanten voeren geen betwisting op het gevorderde basis-dagbedrag van 20 EUR bij volledige ongeschiktheid, en evenmin over de berekening van de periode waarvoor de vergoeding werd toegekend.

Zij voeren wel aan dat de vergoeding beperkt moet worden tot 35 % in plaats van 45 % van dit bedrag, nu mevrouw ... op het ogenblik van haar overlijden reeds kampte met medische problemen, en vragen eveneens dat van de berekende som een bedrag van 33 % in plaats van 20 % in mindering wordt gebracht wegens eigen onderhoudskosten die ingevolge het overlijden weggevallen zijn.

14. Uit de overgelegde stukken blijkt niet dat mevrouw ... kampte met een specifieke medische voorgeschiedenis die haar bijdrage in het huishouden heeft beperkt. Een bijdrage van 45 % in het huishouden is redelijk. Het FMO wijst er in dit kader terecht op dat de indicatieve tabel, die weliswaar is gesteund op een stereotiep beeld van de respectieve bijdragen van de echtgenoten in het huishouden, uitgaat van een bijdrage van de vrouw in het huishouden van 65 %. Ook in het licht daarvan is een bijdrage van 45 % in het geheel niet overdreven.

De rechter moet rekening houden met het aandeel uit hoofde van het persoonlijk onderhoud van het slachtoffer. Volgens de indicatieve tabel kan dit aandeel bij gebrek aan concrete beoordelingselementen forfaitair worden geraamd op 20 % in het geval van een gezin zonder kinderlast. De appellanten voeren geen concrete gegevens aan die toelaten om dit percentage in de zaak te verhogen.

Het hof bevestigt het bestreden vonnis bijgevolg eveneens voor wat betreft de vaststelling van het schadebedrag. De eerste rechter heeft de interest op dit bedrag correct berekend vanaf 23 februari 2018. De partijen hebben daarover geen betwisting gevoerd.

...

#### **OM DEZE REDENEN**

#### **HET HOF,**

Rechtsprekend na tegenspraak.

Verklaart het hoger beroep en het incidenteel hoger beroep ontvankelijk, maar ongegrond.

Bevestigt het bestreden vonnis.

...

### III. Tribunal de 1<sup>re</sup> instance de Liège, Division Dinant, 7 novembre 2024

*Le juge de première instance suit l'avis du FAM, tant en ce qui concerne la force probante du rapport d'expertise contradictoire que la responsabilité du prestataire de soins concerné. Le juge considère que l'expertise a été menée en bonne et due forme et dans le respect du principe du contradictoire. Le juge estime également qu'il est question d'une erreur dans la réalisation de la prestation concernée et que le lien de causalité avec le dommage subi par le patient a été suffisamment démontré. Le juge décide que le recouvrement de l'indemnisation par le FAM auprès de l'assureur du médecin concerné est donc fondé.*

R.G. 23/485/A

FAM c./...

...

#### 2. Faits et antécédents

Le ... 2016, Madame ... souffrant d'une dysplasie fibreuse au niveau de l'aileon sacré droit, subit une intervention de cimentoplastie associée à une thermo-coagulation avec radiofréquence, réalisée au ... par le Docteur ..., radiologue interventionnel.

La ... couvre la responsabilité professionnelle du ... et du Docteur ... .

... est la mutuelle de Madame ... .

Le ... 2016, Madame ... remplit un questionnaire concernant le dommage du patient et désigne comme mandataire ... .

Le ... 2017, ... sollicite l'avis du FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX dans le cadre de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Le ... 2021, le Docteur ..., chirurgien orthopédiste, mandaté par le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX, établit un rapport d'expertise.

Le ... 2021, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX paie au Docteur ... la somme de 1.882,09 EUR à titre de frais et honoraires.

Le ... 2021, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX rend son avis, concluant que le dommage allégué par Madame ... résulte d'un fait engageant la responsabilité du Docteur ... et que le critère de gravité prévu à l'article 5, 1° et 2° de la loi du 31 mars 2010 est atteint.



Le ... 2021, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX transmet son avis à la ... et l'invite à formuler une offre d'indemnisation en faveur de Madame ... .

Le ... 2022, à défaut de réaction de la ..., sur base de l'article 32 de la loi du 31 mars 2010, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX paie Madame ... la somme de 216.039,99 EUR à titre d'indemnisation de son dommage.

Le ... 2023, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX cite la ... devant ce tribunal.

Le ... 2024, le Docteur ..., mandaté par la ..., établit un rapport.

Le ... 2024, le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX paie à Madame ... la somme de 552,08 EUR à titre d'indemnisation de son dommage pour 2023.

Le ... 2024, ... intervient volontairement à la présente procédure.

...

## 5. Fondement des demandes

### a. Principes

L'expertise organisée par le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX revêt un caractère contradictoire (art. 17 et 18 de la loi du 31.03.2010).

L'avis du FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX ne lie ni le demandeur, ni les prestataires de soins concernés et leurs assureurs, ni le cas échéant le juge (art. 24 de la loi du 31.03.2010).

L'article 32 de la loi du 31 mars 2010 dispose :

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.

À 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.

#### b. Le rapport d'expertise du Docteur ...

Le Docteur ..., chirurgien orthopédiste, expert mandaté par le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX, a mené l'expertise de manière contradictoire.

...

L'expert a organisé une réunion le ... 2021. Il a établi son avis provisoire le ... 2021. Le FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX, le Docteur ... et le Docteur ... ont communiqué leurs observations à l'expert. L'expert a établi son rapport définitif le ... 2021, en répondant aux observations.

L'expertise du Docteur ... est détaillée et complète.

#### c. Le rapport d'expertise du Docteur ...

Le Docteur ..., mandaté par la ..., a établi tardivement, le ... 2024, après le début de la présente procédure, un rapport unilatéral, dans lequel :

- en pages 1 à 17, il a reproduit le rapport du Docteur ...
- en pages 18-19, il a fait des critiques sommaires sur le rapport du Docteur ...
- en page 19, il a fait état d'un entretien avec le Docteur ...

Le Docteur ... a reproché principalement à l'expert ... de ne pas avoir entendu le Docteur ... lors de l'expertise.

Or, c'est le Docteur ... qui a choisi de ne pas participer personnellement à l'expertise du Docteur ... et de se faire représenter par le Docteur ... .

Lors de son entretien avec le Docteur ..., le Docteur ... a précisé uniquement que l'intervention était risquée, que cela a été discuté avec la patiente, que l'usage de la radiofréquence était "touchy", qu'il y a eu une complication, mais qu'il estime ne pas avoir commis de faute.

À la fin de son rapport, le Docteur ... a indiqué qu'il a demandé au Docteur ... de relire le rapport du Docteur ... et de lui faire part de sa critique et qu'il a écrit au ... pour récupérer des images.

Outre son caractère tardif, le rapport du Docteur ... n'est pas du tout détaillé.

#### d. Demande d'expertise judiciaire

Il convient de se baser sur l'expertise contradictoire et détaillée du Docteur ... . Il n'y a pas lieu de désigner un expert judiciaire pour réaliser une nouvelle expertise.

#### e. Analyse de la responsabilité

Il ressort du rapport d'expertise du Docteur ... ce qui suit.

En 2012, suite à des douleurs, le ... a diagnostiqué chez Madame ... une dysplasie fibreuse, au niveau de l'aileon sacré droit uniquement. Il s'agit d'une maladie génétique occasionnant une lésion du tissu osseux, non cancéreuse en l'occurrence. Madame ... a été traitée par des perfusions de Pamidronate et par de la kinésithérapie.

En ... 2015, suite à une récurrence des douleurs, le ... a constaté un agrandissement de la lésion et l'apparition d'une fracture.

En consultation de radiologie interventionnelle le ... 2015, le Docteur ... a préconisé de réaliser une cimentoplastie (injection de ciment acrylique dans l'os) et une thermo-coagulation par radiofréquence (production de chaleur), moins invasives qu'une chirurgie classique.

Lors de l'expertise, Madame ... a indiqué que le Docteur ... lui avait expliqué que son dossier avait été staffé entre spécialistes. L'expert a demandé au Docteur ... de retrouver une trace de ce staff pluridisciplinaire ou orthopédique, mais l'expert n'a rien reçu.

Le ... 2016, le Docteur ... a réalisé la cimentoplastie et la thermo-coagulation par radiofréquence. Le compte-rendu de l'intervention ne mentionne pas d'incident.

Directement après l'intervention, Madame ... a présenté un syndrome de la queue de cheval partiel unilatéral droit (atteinte neurologique), suite à un débordement de ciment au niveau de la racine S2 droite, occasionnant une augmentation des douleurs, ainsi que l'apparition de troubles urinaires et fécaux.

Or, les imageries de 2012 et de 2015, antérieures à l'intervention du ... 2016, objectivaient une lésion osseuse autour du trou sacré S2 droit, exposant la racine S2 droite dénudée au contact avec le ciment, qui pouvait la léser par le biais de la chaleur ou par le contact mécanique.

Avant l'intervention, le Docteur ... devait avertir Madame ... du risque d'une atteinte de la racine S2 et de ses conséquences et en discuter avec elle. Le dossier médical ne mentionne pas l'existence d'une discussion au sujet de ce risque.

La cimentoplastie devait être réalisée en prenant des mesures visant à éviter que le ciment vienne en contact avec la racine S2 droite dénudée, telles que :

- réaliser au préalable un contrôle veinographique pour vérifier le cheminement possible du ciment
- utiliser un temps fluoroscopique pour visualiser une diffusion du ciment vers le trou sacré S2 et interrompre la procédure, réaliser une infiltration de sérum physiologique au niveau du trou sacré S2, attendre la solidification du ciment en place, changer la position de l'aiguille et réinjecter une unité de ciment en espérant que la précédente fera barrage à l'expansion du ciment vers la zone critique
- utiliser un ballon à kyphoplastie au sein de l'aileon sacré pouvant localiser le ciment en zone biomécaniquement utile par effet de cavitation
- mettre au préalable en place un stent à diffusion limitée à la partie interne et inférieure de la lésion en vue de limiter la migration du ciment.

En revanche, la radiofréquence, qui implique une diffusion thermique exposant à une lésion neurologique, était inadéquate.

Certes, la cimentoplastie a parfaitement stabilisé la lésion de l'aileton sacré droit. Mais l'atteinte de la racine S2 droite a causé des troubles sphinctériens, ainsi qu'une augmentation des douleurs avec irradiations dans le membre inférieur droit et dans la partie droite des organes génitaux externes et internes.

L'expert a fixé la date de consolidation au ... 2018, avec une incapacité permanente personnelle de 30 %, ménagère de 50 % et économique de 50 %, compte tenu de l'état antérieur.

En conclusion, en s'abstenant de prendre des mesures de nature à éviter que le ciment vienne en contact avec la racine S2 droite dénudée et en utilisant la radiofréquence qui était inadéquate, le Docteur ... a commis une faute que n'aurait pas commise un radiologue interventionnel normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances.

Sans cette faute du Docteur ... le dommage ne se serait pas produit tel qu'il s'est réalisé.

Dès lors, la responsabilité du Docteur ... est établie.

...

#### [h. Demande en intervention de ... contre la ...](#)

En sa qualité de mutuelle de Madame ..., ... est subrogée dans les droits de cette dernière pour récupérer le montant de ses décaissements auprès de la ..., en vertu de l'article 136, § 2 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et de l'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Il y a donc lieu de condamner la ... à payer à ... la somme de 1 EUR à titre provisionnel et de réserver à statuer sur le surplus de la demande.

## 6. Décision

LE TRIBUNAL, statuant contradictoirement,

Dit les demandes, principale et en intervention, recevables et fondées dans la mesure suivante.

...

## IV. Tribunal de 1<sup>re</sup> instance néerlandophone de Bruxelles, 21 novembre 2024

*Le juge de première instance se rallie à la position du FAM et conclut que le dommage causé n'était pas grave au sens de la loi. Le jugement explicite longuement l'importance de la charge de la preuve qui incombe au demandeur. Le juge souligne la nécessité de démontrer tant la condition de gravité que le lien de causalité avec l'accident médical. Le juge estime qu'il doit être question de troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence du patient pour que le dommage soit considéré comme grave au sens de l'article 5, 3° de la loi sur les accidents médicaux, ce qui, après examen concret par le tribunal, ne semble pas être le cas. Le lien de causalité entre les plaintes consécutives aux soins, à savoir une arthroscopie au niveau de l'épaule, et l'intervention chirurgicale ultérieure n'a pas non plus été suffisamment démontré. Il n'est donc pas question de dommage indemnisable. Aussi, la demande du patient est déclarée totalement infondée.*

R.G. 2023/3121/A

... c./INAMI

...

### II. FEITEN EN SITUERING GESCHIL

#### 2.1.

Het geschil heeft betrekking op een schadegeval ter gelegenheid van een onderzoek van medische beeldvorming bij eisende partij, ....

Verwerende partij, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bijzondere dienst Fonds voor Medische Ongevallen (hierna, het "FMO"), meent dat de door het schadegeval veroorzaakte schade niet ernstig is in de zin van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (Wet Medische Ongevallen, hierna "WMO") en meent dienvolgens niet te moeten overgaan tot vergoeding van de schade op grond van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in de zin van de WMO.

Met zijn vordering in deze procedure beoogt ... het FMO alsnog te doen veroordelen tot betaling van een schadevergoeding.

De feiten kunnen worden samengevat als volgt.

#### 2.2.

Op 28 februari 2018 werd bij ..., op dat ogenblik 18 jaar oud en student middelbaar onderwijs, een zogenaamde diagnostische directe arthrografie aan de linkerschouder uitgevoerd, waarbij een contrastmiddel in het gewricht wordt ingespoten om de beelden van de medische scans duidelijker te laten voorkomen. De beeldvorming werd uitgevoerd omwille van aanhoudende pijnklachten na een sportongeval tijdens een judowedstrijd in november 2017.

In het verslag van de medische beeldvorming maakte de tussenkomende arts/radioloog melding van "*een beperkt scheurtje ter hoogte van het anterieur labrum, op de evenaarslijjn, overigens intacte cuffstructuren en botstructuren*".

Daags nadien ervoer ... toenemende pijnklachten, waardoor hij de school moest verlaten en zijn huisarts raadpleegde.

Na verschillende onderzoeken in de daaropvolgende dagen werd op 6 maart ... de oorzaak van de toenemende pijnklachten gevonden in een septische artritis, door het FMO omschreven als een gewrichtsontsteking veroorzaakt door een bacterie, waarna een arthroscopische spoeling van de linkerschouder werd uitgevoerd met hospitalisatie van 6 maart ... tot 16 maart ... en een antibioticumkuur werd opgestart tot 18 april ....

Bij controleraadpleging op 30 mei ... stelde de tussenkomende arts dr. ... dat de infectie volledig onder controle leek te zijn, weliswaar nog met gemis aan duidelijke spierkracht aan de linkerschouder, waarop verderzetten van kinesitherapie werd aanbevolen en ... toelating werd gegeven om te starten met fitnessoefeningen.

Na een nieuwe controleraadpleging op 26 juli ... werd omwille van aanhoudende pijn in de linkerschouder een nieuwe scan uitgevoerd, die wees op *“een belangrijk labrumletsel”* en *“zeer belangrijk kraakbeenletsel”*.

Hierop wordt een heelkundige behandeling voorgesteld onder de vorm van een zogenaamd *“Bankartherstel”* en uitgevoerd op 21 september ... waarna een herstel volgde dat enkele maanden duurde.

Bij controleraadpleging op 19 februari ... stelde dr. ... vast dat er nog weinig hinder was in het normale, dagelijkse leven, dat er weliswaar nog belangrijke pijn was bij bepaalde oefeningen gedurende de kinesitherapie, en dat er op klinische basis objectief volledige normalisatie is van de mobiliteit, waarbij de schouder stabiel overkomt, doch met duidelijke atrofie van de schoudermusculatuur.

Bij latere raadplegingen op 19 maart ... en 23 april ... wordt een afwachtende houding en relatieve rust voorgesteld en toont een nieuwe MRI een mooi geheel Bankartherstel. In conclusies stelt ... niettemin dat hij genoodzaakt was een gespecialiseerd schouderkinesitherapeut te consulteren daar hij in maart ... nog ernstige hinder ondervond.

### 2.3.

Waar ... van mening is ernstige schade te hebben geleden als gevolg van gezondheidszorg, diende hij op 9 februari 2019 bij het FMO een aanvraag om advies in overeenkomstig artikel 12 WMO.

Het FMO stelde vervolgens op grond van artikel 17, §1, WMO dr. ..., arts-specialist in de orthopedie, aan als deskundige om een deskundigenonderzoek uit te voeren.

Het niet-gedateerde verslag van de FMO-deskundige maakt melding van een *“zitting”* in de aanwezigheid van ... op 24 augustus 2022.

In zijn navolgend advies van 26 oktober 2022 besloot het FMO dat de schade van ... niet veroorzaakt werd door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverleners, zodat er geen sprake is van een vergoedbaar medisch ongeval met aansprakelijkheid, en dat de aangevoerde schade die toe te schrijven is aan het ongeval, niet de graad van ernst zoals bepaald in de WMO bereikt, zodat er ook geen sprake is van een vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. Het FMO oordeelde derhalve dat hij niet diende over te gaan tot vergoeding en het dossier werd afgesloten.

2.4.

... kon zich met het advies van het FMO niet verzoenen zodat hij overging tot dagvaarding.

...

#### **IV. BEOORDELING DOOR DE RECHTBANK**

4.1.

Waar de ontvankelijkheid van de vordering van ... niet wordt betwist en zich evenmin enige ambtshalve op te werpen grond van onontvankelijkheid aandient, is de vordering ontvankelijk.

4.2.

... voert in een afzonderlijk middel aan dat het advies van het FMO van 26 oktober 2022 nietig is wegens schending van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en van het materieel motiveringsbeginsel als algemeen beginsel van behoorlijk bestuur. ... stelt dat het FMO geen concrete motivering opneemt in zijn negatief advies en zich beperkt tot een summiere mededeling dat de graad van ernst van de aan het schadegeval toe te schrijven schade niet is bereikt, zonder uiteen te zetten om welke reden dat het geval zou zijn.

Hoewel het FMO ertoe gehouden is een met redenen omkleed advies uit te brengen (art. 21 WMO), is dit middel echter, zoals het FMO terecht aanvoert, niet dienstig, nu een eventuele nietigverklaring van het advies van het FMO, dat de rechtbank hoe dan ook niet bindt, niets verandert aan het standpunt van het FMO ten gronde en aan de noodzaak voor de eisende partij, die de bewijslast draagt, om aan te tonen dat de ernst van zijn schade beantwoordt aan één van de criteria opgenomen in artikel 5 WMO.

De WMO richt overigens een *"tweesporensysteem"* in dat inhoudt dat, in de gevallen voorzien bij artikel 4, 1°, en 2°, WMO, het slachtoffer van schade als gevolg van een verstrekking van gezondheidszorg de keuze heeft tussen een minnelijke procedure voor het FMO of een gerechtelijke procedure waarbij het FMO rechtstreeks wordt gedagvaard, en desgewenst *"onderweg"* van spoor kan veranderen (zie Wetsontwerp van 12.11.2009 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St.* Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p. 3 en 29), hetgeen betekent dat niet altijd een advies van het FMO voorligt of moet voorliggen.

Gezien het gebrek aan relevantie voor de vordering van ... wordt op dit middel dan ook niet verder ingegaan.

#### 4.3.

Wat nu de grond van de zaak betreft, is het FMO krachtens artikel 4 gehouden tot vergoeding van het slachtoffer of diens rechthebbenden in de volgende gevallen:

*1° wanneer de schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;*

*2° wanneer het Fonds oordeelt of wanneer vaststaat dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt door een verzekeringsovereenkomst;*

*3° wanneer het Fonds oordeelt dat de schade veroorzaakt is door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener en wanneer deze of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid betwist, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;*

*4° wanneer de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds kennelijk ontoereikend vindt.*

Tussen partijen bestaat geen betwisting over het feit dat er in deze zaak geen medisch ongeval met aansprakelijkheid voorligt. Het FMO wordt dan ook niet aangesproken op grond van artikel 4, 2°, 3° of 4°, WMO.

Tussen partijen bestaat daarentegen wel betwisting over de vraag of een vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid voorligt in de zin van artikel 4, 1°, WMO.

#### 4.4.

Een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid wordt door artikel 2, 7°, WMO omschreven als volgt:

*“een ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg dat geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt en dat voor de patiënt abnormale schade met zich meebrengt. De schade is abnormaal wanneer ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie. Het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid”.*

Opdat sprake is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid dienen aldus de volgende vier voorwaarden te zijn vervuld:

1. het schadegeval houdt verband met een verstrekking van gezondheidszorg,
2. het schadegeval is niet het gevolg van de aansprakelijkheid van een zorgverlener,
3. het schadegeval vloeit niet voort uit de toestand van de patiënt, en
4. het schadegeval brengt voor de patiënt abnormale schade voort.

Verder volgt uit artikel 4, 1°, WMO dat, opdat het FMO gehouden is tot vergoeding, de schade bovendien ernstig moet zijn, in de zin van artikel 5 WMO, dat het volgende bepaalt:

*“De schade is ernstig genoeg indien aan één van de volgende voorwaarden is voldaan:*

*1° de patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25 % of meer;*



*2° de patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden;*  
*3° de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt;*  
*4° de patiënt is overleden.”*

4.5.

Zonder uitdrukkelijk standpunt in te nemen over de vraag of de vier voormelde voorwaarden van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid zijn vervuld, voert het FMO aan dat de schade hoe dan ook niet ernstig is, zodat zij alleen al maar om die reden niet kan gehouden zijn tot vergoeding op grond van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

Dat standpunt is gegrond, gelet op hetgeen volgt.

Het komt aan ... als eisende partij toe om het bewijs te leveren dat de door hem geleden schade, die voortvloeit uit het medisch schadegeval, ernstig is volgens de voorwaarden zoals door de wetgever gesteld. Zowel de ernstvoorwaarde als het causaal verband met het medisch schadegeval moeten worden bewezen.

In het voorliggende geval meent ... dat de schade die voortvloeit uit het medisch schadegeval ernstig is in de zin van artikel 5, 3°, WMO, dit wil zeggen dat de schade zijn levensomstandigheden bijzonder zwaar verstoort.

De schade die door het medisch schadegeval werd veroorzaakt, bestaat volgens ... uit het lijden van pijn, hospitalisatie, revalidatie en medische behandeling in een periode van 1 jaar van 28 februari 2018 tot eind februari 2019, waar hij in totaal twee weken werd gehospitaliseerd en twee ingrepen heeft moeten ondergaan. Verder bestaat de schade volgens hem uit het verlies van een studiejaar, de eraan verbonden kosten en zijn frustratie wegens aantasting van zijn studietraject.

Opdat sprake kan zijn van ernstige schade in de zin van artikel 5, 3°, WMO, dienen de levensomstandigheden van de patiënt *“bijzonder zwaar”* te zijn verstoord.

Er moet rekening worden gehouden met de *“situationele”* impact van het functioneel gebrek dat verschillend is naargelang de levensomstandigheden van het slachtoffer (bv. Gevolgen op relationeel, zintuiglijk, sportief, familiaal vlak). Dit criterium zal geval per geval moeten worden beoordeeld, omdat dit per definitie zal variëren in functie van de bestaansvoorwaarden van het slachtoffer. Het heeft dus zowel betrekking op het privéleven als op het beroepsleven. De voorwaarde is echter wel dat de problemen bijzonder ernstig moeten zijn. Dit criterium heeft niet als doel alle schade te vergoeden die onder één van de grenzen bedoeld in de punten 1° en 2° ligt. Het moet evenwel mogelijk zijn om tegemoet te komen voor schade, zonder dat er wordt beantwoord aan de twee criteria inzake de kwantificering van de schade inzake de permanente invaliditeit of de totale tijdelijke ongeschiktheid, die het slachtoffer dermate treft dat een niet-vergoeding van het slachtoffer in strijd zou zijn met de geest van deze wet (zie Wetsontwerp van 12.11.2009 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer 2009-10, nr. 2240/001, p. 39-40*).

In zijn verslag stelt de FMO-deskundige het volgende (p. 7):

*“De opgetreden schade tengevolge van de postoperatieve infectie is beperkt en er zijn geen argumenten om te kunnen stellen dat op lange termijn de schade groter zal zijn dan de schade die zou bestaan na een labrumletsel met operatief herstel na dit sportongeval”.*

In het voorliggende geval wordt geen blijvende ongeschiktheid of blijvend letsel aangetoond. In het geheel werd ... niet meer dan twee weken gehospitaliseerd. Niets wijst erop dat de uitgevoerde ingrepen, dit wil zeggen de arthroscopische spoeling op 6 maart 2018 en het zogenaamd “Bankartherstel” op 21 september 2018, als bijzonder invasief kunnen worden aangemerkt. Bij controleraadpleging op 30 mei 2018 stelde de tussenkomende arts dr. ... verder dat de infectie volledig onder controle leek te zijn, zodat mag worden aangenomen dat ook de pijnen als gevolg van de infectie sterk geminderd waren en dit zelfs reeds waren na de ingreep van 6 maart 2018.

De rechtbank is van oordeel dat de beperkte hospitalisatie van twee weken, de niet bijzondere invasieve ingrepen en de pijnen, hoewel zij hevig kunnen geweest zijn, gedurende enkele dagen of weken onvoldoende zijn om te besluiten tot een bijzonder zware verstoring van de levensomstandigheden van de patiënt.

Verder bestaat twijfel over de vraag of de hinder die zich na 30 mei 2018 heeft voorgedaan, wel nog te wijten is aan het medisch schadegeval van 28 februari 2018.

In zijn controleverslag van 30 mei 2018 stelde de tussenkomende arts dr. ... immers dat de infectie volledig onder controle leek te zijn, waarop verderzetten van kinesithérapie werd aanbevolen en ... toelating werd gegeven om te starten met fitnessoefeningen. Weliswaar is het juist dat in de zomer van 2018 alsnog een ingreep onder de vorm van een zogenaamd “Bankart herstel” noodzakelijk bleek, doch het staat geenszins vast dat deze ingreep noodzakelijk werd gemaakt door de infectie die is opgetreden op 28 februari 2018. Het gegeven dat in het verslag van de medische beeldvorming van 28 februari 2018 sprake is van een *“beperkt scheurtje”* ter hoogte van het anterieur labrum en vervolgens in het verslag van de medische beeldvorming van 9 augustus 2018, ter voorbereiding van het Bankartherstel, melding wordt gemaakt van *“een belangrijk labrumletsel”* en een *“zeer belangrijk kraakbeenletsel”*, betekent geenszins dat er ook een causaal verband bestaat tussen de infectie die is opgetreden op 28 februari 2018 en de vermeende verergering van het labrumletsel. ... legt geen enkel stuk neer waaruit dat causaal verband blijkt. De verergering van het labrumletsel kan net zo goed het gevolg zijn van verdere slijtage, inspanningen of oefeningen, die ... in de tussenperiode en alvast na 30 mei 2018 heeft gedaan. Het wordt aldus geenszins aangetoond, en ook niet aannemelijk gemaakt, dat een heelkundige ingreep zich op termijn niet zou hebben opgedrongen, zelfs in het geval dat de infectie zich op 28 februari 2018 niet zou hebben voorgedaan.

Het staat daarentegen wel vast dat ... reeds klachten had sedert de val van november 2017 en dat omwille van die klachten de medische beeldvorming op 28 februari 2018 werd genomen. Uit het verslag van dr. ... van 5 maart 2018 blijkt dat na deze medische beeldvorming nog een afspraak was ingepland waarbij een ingreep zou ter sprake zijn kunnen gekomen, afspraak die evenwel geen doorgang vond omwille van de inmiddels ingetreden infectie. Alles wijst er zodoende op dat de klachten, die ... hebben belemmerd bij het uitoefenen van fysieke activiteiten en waardoor hij stelt een studiejaar te zijn verloren, zijn veroorzaakt door het eerdere ongeval in november 2017. Er kan

dan ook niet worden aangenomen dat ... door het medisch schadegeval van 28 februari 2018 een studiejaar heeft verloren.

Bij gebreke aan overtuigende stukken of concrete aanwijzingen die het standpunt van ... dat de infectie van 28 februari 2018 de ingreep van het Bankartherstel op 21 september 2019 noodzakelijk heeft gemaakt, ondersteunt, acht de rechtbank de aanstelling van een gerechtsdeskundige niet aangewezen.

De vordering van ... is in het geheel ongegrond.

...

#### **OM DEZE REDENEN**

#### **DE RECHTBANK**

Spreekt recht in eerste aanleg en op tegenspraak,

Verklaart de vordering van ... lastens het FMO ontvankelijk doch ongegrond,

...

# V Tribunal de 1<sup>re</sup> instance francophone de Bruxelles, 24 février 2025

*Le juge de première instance suit l'avis du FAM, tant en ce qui concerne la force probante et le bien-fondé du rapport d'expertise contradictoire que la responsabilité du prestataire de soins concerné. Le jugement confirme que le prestataire de soins a commis une erreur en retirant un implant hormonal dans le bras, et que le lien de causalité avec les dommages neurologiques subis par la patiente a été suffisamment établi. Le juge décide que le recouvrement de l'indemnisation par le FAM auprès de l'assureur du médecin concerné est donc fondé.*

R.G. 23/5160/A

FAM c./...

...

## II. Les faits

Les faits utiles à la solution du litige peuvent être résumés comme suit :

- Mme ... était porteuse d'un implant contraceptif (Implanon®) au bras droit depuis 2016
- le 27 février..., elle a consulté le Dr. ..., gynécologue-obstétricien assuré auprès de l'... en vue d'ôter cet implant hormonal suite à un désir de grossesse. À la palpation du bras droit, l'implant n'a pas été trouvé
- le 15 mars ..., il a été procédé à une radiographie de l'humérus droit de la patiente pour localiser l'implant. Le rapport de radiographie conclut à : *"une formation tubulaire de 43 mm de grand axe non-corrigé se situant dans les tissus mous de la face antéro-médiale du bras, correspondant en première hypothèse à l'implant contraceptif"*
- le 12 avril ..., Mme ... a été opérée, sous anesthésie générale, par le Dr. ... pour une exérèse de l'implant hormonal au bras droit. La tentative de retrait de l'implant s'est toutefois avérée infructueuse
- le 24 avril ..., la patiente a été reçue en consultation de chirurgie générale par le Dr. ... pour reprogrammer l'exérèse de l'implant. Ce médecin a noté que Mme ... rapportait des paresthésies sur le territoire du nerf médian droit, attribuables à la tentative de retrait précitée. Il a préconisé de postposer toute nouvelle tentative d'exploration chirurgicale à deux ou trois mois suite à l'inflammation résiduelle post-opératoire
- le 8 mai ..., Mme ... a été reçue en consultation de médecine physique par le Dr. ... suite à des hypoesthésies au niveau du territoire médian, ainsi qu'une certaine parésie et une maladresse des doigts de la main droite. Les examens réalisés ont conclu à une neuropathie médiane droite partielle mais franche au niveau du tiers distal du bras droit, avec une répercussion d'atteinte neurogène aiguë au niveau du court fléchisseur radial du carpe et du court abducteur du pouce droit

- le 15 mai ..., Mme ... a été vue en consultation d'orthopédie par le Dr. ... . L'examen clinique réalisé a montré une zone d'anesthésie au niveau de la paume de sa main et une hyposensibilité au niveau du territoire du nerf médian. Vu les plaintes de la patiente et les résultats de l'EMG, une indication opératoire d'exploration de sa plaie et d'exérèse de l'implant hormonal a été posée
- Le 16 mai ..., Mme ... a bénéficié, sous anesthésie générale, par le Dr. ..., chirurgien orthopédiste, de l'ablation de l'implant hormonal et d'une neurolyse<sup>1</sup> avec vérification du nerf médian au niveau du bras droit. Après un repérage sous scopie, l'implant qui avait migré en intramusculaire dans le biceps brachial a été enlevé. La neurolyse du nerf médian a ensuite été effectuée. Elle a permis de constater que le nerf médian était tout à fait intact et de conclure à l'existence d'un axonotmesis<sup>2</sup> (de classe II de Sunderland)
- le 3 juillet ..., Mme ... a introduit une demande d'avis au FAM, conformément à l'article 12 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé
- le FAM a accusé réception de cette demande le 13 août 2018
- par courrier du 29 septembre 2021, le FAM a désigné le Dr. ... (chirurgien orthopédiste) en tant qu'expert dans le cadre d'une expertise contradictoire organisée conformément à l'article 17, § 2, de la loi du 31 mars 2020. Le Dr. ..., gynécologue, a été désigné en qualité de sapiteur
- le Dr. ... a établi son rapport définitif le 4 mars 2022
- sur base de l'examen du dossier médical et du rapport du Dr. ..., le FAM a considéré, dans son avis du 3 mai 2022, que la responsabilité du Dr. ... était engagée pour avoir commis une faute dans la prise en charge de Mme ...
- par courrier du 23 septembre 2022, l'... par la voix de son conseil, a contesté l'avis rendu par le FAM, ainsi que la responsabilité de son assuré
- conformément à l'article 4, 3° de la loi précitée du 31 mars 2010, le FAM a adressé une offre d'indemnisation à Mme ... à concurrence du montant de 73.872,84 EUR, laquelle a été acceptée par l'intéressée
- le FAM a procédé au paiement du montant précité le 25 janvier 2023
- le FAM avait également procédé au paiement des frais d'expertise des Dr. ... et ... à concurrence de respectivement 1.921,63 EUR et 900 EUR. Ces paiements avaient été effectués respectivement les 30 mai et 15 décembre 2022
- le FAM a ensuite invité l'... à lui rembourser les montants versés
- à défaut de règlement amiable, le FAM a introduit la présente procédure par citation signifiée le 5 octobre 2023.

---

1. Intervention chirurgicale ayant pour objectif de libérer un nerf comprimé au niveau d'un point précis.

2. Blessure du nerf, au niveau des axones, par écrasement, traction, élongation.

### III. Discussion

Le FAM, subrogé dans les droits et actions de Mme ..., postule la condamnation de l'... (en sa qualité d'assureur RC du Dr. ...) à lui rembourser les montants qu'il a décaissés et les frais d'expertise qu'il a exposés pour couvrir le préjudice encouru par la précitée, en raison d'une faute en lien causal avec ce préjudice qu'il reproche au Dr. ... d'avoir commise dans le cadre de la prise en charge chirurgicale de la patiente le 12 avril ... (pour une tentative de retrait d'un implant hormonal).

... conteste la réunion des conditions qui seraient de nature à engager la responsabilité de ce dernier. Elle critique, avant toute chose, l'expertise diligentée par le FAM. Elle conteste, ensuite, l'existence d'une faute imputable au Dr. ..., en lien causal avec le dommage vanté. Elle conteste, enfin (subsidièrement), l'importance du dommage dont l'indemnisation est poursuivie.

#### A. Le cadre légal

Le FAM est un organisme public, créé par loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé et opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012. Il est rattaché à l'INAMI depuis le mois d'avril 2013.

Il a été créé pour pallier aux difficultés rencontrées par les victimes de dommages résultant de soins de santé et leurs ayants droit.

En vertu de l'article 8 de la loi du 31 mars 2010, le FAM *"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) (...);*
- b) faire appel à des praticiens professionnels spécialisés afin d'obtenir des précisions dans un domaine particulier des soins de santé ; (...)"*

Toute personne qui s'estime victime d'un dommage résultant de soins de santé ou ses ayants droit peut donc 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 (art. 12 de la loi).

S'agissant du traitement de la demande d'avis par le FAM, l'article 17 de la loi dispose que :

*"§ 1<sup>er</sup>. Le Fonds peut faire appel à des praticiens professionnels spécialisés en vue d'obtenir des informations précises sur une question médicale particulière.*

*§ 2. À 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 (...)"*

S'agissant des cas d'indemnisation par le FAM, l'article 4, 3° de la loi dispose que :

*"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".*

L'article 5 qualifie le dommage de "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".*

Lorsque le FAM a indemnisé la victime, il est légalement subrogé dans les droits du patient à l'égard du prestataire de soins qu'il a estimé responsable du dommage encouru, en vertu de l'article 30 de la loi du 31 mars 2010. Il est également en droit d'obtenir à sa charge le remboursement des frais d'expertise, en application de l'article 20 de ladite loi.

Dès lors qu'il ne dispose pas de plus de droits que ceux dont aurait pu se prévaloir le patient, il lui appartient, en cas de contestation, de rapporter la preuve de la faute du prestataire de soins, en lien causal avec le dommage vanté.

## **B. L'expertise diligentée par le FAM**

L'... paraît vouloir remettre en cause l'expertise ordonnée par le FAM (sans pour autant formuler de grief spécifique en lien avec la présente cause).

Le tribunal rappelle, pour autant que de besoin, que l'expertise confiée, en l'espèce, au Dr. ... par le FAM a été diligentée en application de l'article 17 précité de la loi du 31 mars 2010 qui dispose notamment que : " (...) § 2. (...), 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.*

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

Les travaux préparatoires de la loi du 31 mars 2010 renseignent que l'expertise organisée en vertu de cette disposition a "la même valeur qu'une expertise judiciaire" et que le juge conserve à son égard "sa totale liberté d'appréciation"<sup>3</sup>. L'expertise judiciaire n'a, en effet, pour le juge que la valeur d'un avis, qu'il n'est pas tenu de suivre si sa conviction s'y oppose (art. 962 du C. jud.).

Il est vrai qu'en raison de la particularité du système mis en place par le législateur - qui a chargé le FAM tant de l'organisation administrative de la procédure d'expertise que du contrôle de son déroulement -, l'expertise diligentée par cet organisme n'offre pas, en théorie, les mêmes garanties qu'une expertise judiciaire. En effet, contrairement au juge, le FAM n'apparaît pas comme un tiers totalement neutre, dès lors que les conclusions de l'expertise auront une incidence sur ses propres droits et obligations. En outre, si les experts désignés par le FAM sont des prestataires de service indépendants (et non des préposés) sélectionnés dans le cadre d'une procédure de marché public et désignés par l'application de règles mathématiques, il n'en reste pas moins qu'ils sont rémunérés par le FAM, tiennent généralement leurs séances d'expertise dans ses locaux et prennent des instructions auprès de lui lorsqu'ils sont confrontés à une difficulté de procédure. L'expertise diligentée par le FAM n'est donc pas comparable à une expertise judiciaire.

Il n'en résulte cependant pas un vice inhérent à toute expertise diligentée par le FAM qui impliquerait qu'elle soit purement et simplement écartée des débats. En outre, dès lors que le rapport d'expertise découlant de l'application de la loi précitée du 31 mars 2010 n'a pas de caractère contraignant pour le tribunal, l'expertise diligentée en application de cette loi n'apparaît pas contraire à l'article 6 de la C.E.D.H.<sup>4</sup>.

En réalité, c'est au juge qu'il revient d'apprécier au cas par cas, en fonction de la manière dont l'expertise a été menée et de sa teneur, si le rapport d'expertise qui lui est soumis contient des éléments pouvant être retenus à titre de renseignements, de présomptions, voire même de preuves.

S'agissant de l'expertise confiée, en l'espèce, par le FAM au Dr. ..., le tribunal relève que les parties ont été convoquées régulièrement aux réunions d'expertise, y étaient présentes et ont pu y faire valoir leur point de vue. Toutes les pièces examinées par l'expert ont, en outre, été soumises à la contradiction (en ce compris, le rapport du sapiteur ...). Les parties ont pu formuler des observations au sujet du rapport provisoire de l'expert et celui-ci y a répondu de manière motivée.

Il ne ressort dès lors, *in specie*, d'aucun élément soumis au tribunal que l'expertise diligentée par le FAM et confiée au Dr. ... ne se serait pas déroulée de manière neutre et objective.

---

3. Projet de loi du 12.11.2009 relatif à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, Exposé des motifs, Doc. Parl., Ch. repr., sess. ord. 2009-2010, n° 52-2240/001, pp.59-60.

4. Dans le même sens : Bruxelles (4<sup>e</sup> Ch.), 29.03.2021, *inédit* (produit en pièce 21 de son dossier par le FAM).



Pour le surplus, le contenu même du rapport et la pertinence de ses conclusions seront examinés ci-après dans le cadre de l'analyse de la responsabilité du médecin incriminé.

### C. La faute en lien causal avec le dommage vanté

#### 1. LE RAPPORT D'EXPERTISE ET L'AVIS DU FAM

L'expert ... a conclu son rapport définitif en considérant que :

*"(...) L'indication chirurgicale était légitime, mais le chirurgien gynécologue devait s'entourer des compétences de chirurgiens spécialisés à même de gérer les difficultés de dissection qui pouvaient être anticipées puisque l'implant n'était pas facilement localisable.*

*L'arrivée dans le plan musculaire imposait un arrêt de la chirurgie (...).*

*Après l'intervention du 12 avril 2018, la patiente a présenté des troubles neurologiques en rapport avec une lésion du nerf médian au bras. Ces troubles ont récupéré en grande partie, mais pas complètement (...)"*.

Il a notamment relevé que : *"(...) Pour un médecin spécialiste, s'aventurer dans un territoire anatomique inconnu constitue un manque de prudence flagrant. (...)*

*En pratique, l'ablation d'un corps étranger sous cutané est possible par n'importe quel médecin.*

*Par contre, lorsque l'on passe le fascia (enveloppe très bien visible) qui entoure les muscles, il faut absolument connaître l'anatomie régionale.*

*La technique chirurgicale qu'il fallait employer ici consistait à contrôler le nerf médian avant d'entreprendre une recherche de corps étranger à travers le muscle. (...)*

*Dans le cas présent, le Dr. ... devait faire appel à un chirurgien orthopédiste, un chirurgien de la main, un chirurgien vasculaire ou même un plasticien. Faute de trouver un tel spécialiste, il devait refermer la plaie et envoyer sa patiente en consultation chez un chirurgien apte à réaliser ce geste. (...)*

*Le Dr. ... en ne maîtrisant pas l'anatomie locale a introduit des instruments 'à l'aveugle', sans pratiquer une dissection correcte de la zone. Les instruments sont venus frôler, contusionner, érailler le nerf médian ce qui a conduit au dommage (...)"*.

Pour conclure son rapport, l'expert ... s'est notamment basé sur le rapport du 7 février 2022 du sappeur, le Dr. ..., lequel avait relevé que :

*"(...) Le Dr. ... note dans son protocole opératoire qu'il n'a pas réussi à repérer l'implant par l'imagerie (écho et radioscopie). Malgré tout, il a persisté à disséquer au point d'arriver dans des fibres musculaires. C'est sans doute à ce moment-là que le nerf médian a dû être traumatisé et/ou étiré.*

*Lors de la réunion du 4 février, le Dr. ... a signalé qu'il n'y avait pas de confrère orthopédiste disponible sur le site où il opérait. On peut se demander quelle était l'expérience du Dr ..., non pas dans le retrait de ce type d'implants, mais dans la réalisation d'une dissection musculaire du biceps brachial. Il aurait dû prévoir une assistance d'un chirurgien expérimenté pour ce genre de dissection ou d'un radiologue échographiste ou encore arrêter sa dissection AVANT d'arriver dans le muscle (d'autant que, bien qu'ayant utilisé l'imagerie, il n'a pas pu repérer où était l'implant, rendant sa dissection hasardeuse).*

*Une équipe indique dans leur publication : "In cases where intraoperative implant localization is challenging, extensive dissection must be avoided" et recommande l'aide d'un radiologue échographiste expérimenté pour aider à repérer l'implant ou d'un spécialiste en microneurochirurgie" (son rapport, p. 5).*

Le sapiteur ... en avait conclu que :

*"(...) 1) Concernant le retrait de l'implant : la première intervention a causé la lésion neurologique (concordance des faits, timing des plaintes, constatations à l'EMG, objectivation lors de la seconde intervention). (...)*

*3) Vu la difficulté inattendue dans le retrait, il aurait dû arrêter son geste avant d'en arriver là et/ou demander l'avis d'un confrère chirurgien habitué à la chirurgie du bras ou l'aide d'un radiologue échographiste. Un gynécologue n'est pas entraîné à cette chirurgie. En ce sens, il a manqué de prudence (...)" (son rapport, p. 6).*

Dans son avis du 3 mai 2022, le FAM a considéré, pour sa part, que *"le geste chirurgical [était] critiquable"* dès lors que *"le Dr. ... en ne maîtrisant pas l'anatomie locale a introduit des instruments 'à l'aveugle', sans pratiquer une dissection correcte de la zone"*. Il indique que *"le Docteur ... a tenté de trouver et retirer l'implant hormonal et qu'il a pour ce faire disséqué du tissu sous cutané ainsi que des fibres musculaires"*, et ce malgré le fait qu'il ne soit pas *"un médecin spécialisé en chirurgie des membres"* (avis p. 6). Considérant que le Dr. ... devait en pratique faire appel à un spécialiste, le FAM relève que *"l'attitude du Docteur ... ne renvoie pas à ce qui est attendu de la part d'un prestataire de soins normalement prudent et diligent, de même spécialité médicale et placé dans les mêmes circonstances de temps et de lieu"* (avis, p. 6).

Le FAM souligne, en outre, que *"les instruments sont venus frôler, contusionner, érailler le nerf médian"* conduisant ainsi au dommage, et que *"la fréquence de lésion d'un nerf médian au coude, par un chirurgien expérimenté dans le cadre d'une dissection des tissus mous est virtuelle"*. Partant, il observe que *"la certitude du lien causal (...) est incontestablement acquise (...)"* (p. 7).

Concernant l'ampleur du dommage subi par Mme ..., le FAM constate que *"la patiente a présenté des troubles neurologiques en rapport avec une lésion du nerf médian au bras"* et que *"ces troubles n'ont pas complètement récupéré depuis lors : il persiste un défaut de fermeture des doigts de la main ainsi qu'un problème de sensibilité du pouce qui expose aux brûlures"* (avis, p.7). En ce qui concerne les taux, fondant son analyse sur le rapport du Dr. ..., il retient les incapacités permanentes suivantes : personnelle 5 %, ménagère 10 % et économique 5 %.

## 2. L'ANALYSE DE LA RESPONSABILITÉ

Il est établi qu'en date du 12 avril ..., le Dr. ... a procédé à une tentative (infructueuse) de retrait de l'implant hormonal qui se trouvait dans le bras droit de Mme ... .

Il est établi qu'à cette occasion, le médecin a réalisé une dissection des fibres musculaires du biceps brachial droit de la patiente pour tenter d'atteindre l'implant.

Il est établi qu'ensuite de cette intervention, Mme ... a présenté des lésions neurologiques (sous forme de parenthésies sur le territoire du nerf médian).

Il n'est pas sérieusement contestable que ces lésions sont la conséquence de l'acte chirurgical posé, le 12 avril ..., par le Dr ..., lequel a occasionné chez la patiente un axonotmesis (de classe II de Sunderland), à savoir une blessure du nerf par écrasement, traction, élongation.

Ce constat est partagé par tous les médecins que Mme ... a consultés postérieurement aux faits litigieux (à savoir les docteurs ..., ... et ...), ainsi que par les experts désignés par le FAM (les Dr. ... et ...). Il n'est pas véritablement contesté par l'...

Selon le FAM, ce dommage est en lien causal avec la faute commise par le Dr. ... auquel il reproche "*d'avoir réalisé une intervention chirurgicale du membre supérieur au-delà de ses compétences, et plus précisément, d'avoir pratiqué une dissection musculaire en ne maîtrisant pas l'anatomie locale*".

Le tribunal partage cette analyse, conforme aux conclusions de l'expert ..., chirurgien orthopédique, et du sapiteur ..., gynécologue.

À cet égard, il n'est pas prétendu, de manière générale, que les gynécologues ne seraient pas habilités à procéder au retrait d'implants hormonaux.

Des formations en ce sens leur sont d'ailleurs dispensées, comme le relève à bon droit l'...

Ces formations enseignent toutefois expressément que "*La chirurgie exploratrice sans connaître la localisation exacte de l'implant est fortement déconseillée*", et que "*Le retrait d'implants insérés trop profondément doit être réalisé avec prudence afin d'éviter d'endommager les structures nerveuses ou vasculaires profondes du bras et doit être effectué par des médecins familiarisés avec l'anatomie du bras*".

Ces précautions sont également rappelées dans la notice d'utilisation de l'Implanon®, laquelle stipule<sup>5</sup> que : "*Les implants non palpables et insérés profondément doivent être retirés par un professionnel de santé familiarisé avec l'anatomie du bras et le retrait des implants insérés profondément*".

Or, il est établi, en l'espèce, qu'à la palpation du bras droit de Mme ... l'implant n'a pas été trouvé, de sorte qu'une radiographie a dû être effectuée.

---

5. Les notices produites par le FAM sont postérieures aux faits litigieux. Le FAM a cependant indiqué au tribunal à l'audience sans être contredit que la notice de 2018 contenait la même mise en garde.

Cette radiographie (réalisée le 15.03.2018) a, certes, permis de constater la présence d'une "*formation tubulaire de 43 mm de grand axe non-corrigé se situant dans les tissus mous de la face antéro-médiale du bras, correspondant en première hypothèse à l'implant contraceptif*". Cependant, lors de l'intervention litigieuse réalisée par le Dr. ... le 12 avril ..., l'implant n'a pu être localisé, et ce nonobstant le recours à l'échographe et à la scopie.

Nonobstant ce fait, le Dr. ... a poursuivi son exploration en procédant à une dissection des fibres musculaires.

Le protocole opératoire établi ensuite de l'intervention litigieuse le confirme expressément, puisque le Dr. ... y reconnaît lui-même :

*"(...) **implant non palpé** en consultation suite à la prise de poids de la patiente. Technique opératoire. Installation de la patiente le bras droit en croix. Désinfection et pose des champs. **Tentative** de repérage de l'implant à l'aide de l'échographe et de la scopie, **infructueuse**. Incision de 2 cm au niveau de l'ancienne cicatrice de mise en place. Palpation au doigt. Dissection du tissu sous cutané et **dissection des fibres musculaires**. On **tente à nouveau** de repérer l'implant à l'aide de l'échographie. **Impression** de visualisation d'une structure linéaire échogène pouvant correspondre à l'implant. Élargissement de l'incision sur environ 8 cm en proximal. **Nouvelle dissection** du tissu sous cutané et **du muscle sans qu'on ne retrouve l'implant**. (...)" (souligné par le tribunal).*

Ce n'est donc qu'après dissection du tissu sous cutané **et du muscle** sans pouvoir retrouver l'implant qui n'avait pu être localisé exactement que le Dr. ... a mis un terme à l'intervention et renvoyé sa patiente vers un confrère spécialisé. Contrairement à ce qui a été plaidé, il ne s'est donc pas "*arrêté à temps*".

Bien que l'implant était non palpable, inséré profondément et non exactement localisé, le Dr. ... – qui n'est pas spécialisé dans la chirurgie du bras – a persévéré. Il a, ce faisant, manqué de prudence et adopté un comportement que n'aurait pas adopté tout gynécologue normalement prudent et diligent placé dans mêmes circonstances. Le Dr. ... a donc commis une faute.

Cette faute est en lien causal avec les lésions présentées par Mme ... .

À cet égard, l'... est malvenue de prétendre que le dommage vanté aurait pu survenir également si l'intervention litigieuse avait été réalisée par un chirurgien spécialisé dans la chirurgie du bras. En effet :

⇒ sur base de la littérature médicale produite par le sapiteur ... "*l'incidence de "difficulté de retrait, échec de localisation ou migration" (tout confondu) [par un chirurgien spécialiste] est de 0,12/1000" et "l'incidence d'"effets indésirables neurologiques" secondaires au retrait ou à la pose (tout type, dont des lésions du nerf médian) de 0,49/100000" (c'est-à-dire extrêmement rare),*

⇒ en l'espèce, Mme ... a été opérée avec succès le 16 mai 2018 par le Dr. ... chirurgien orthopédiste, lequel a retiré l'implant litigieux sans aucune difficulté, ni dommage pour la patiente.

Quoiqu'il en soit, il est certain que, sans la faute commise par le Dr. ... (d'avoir poursuivi son intervention malgré les circonstances<sup>6</sup>), le dommage encouru par Mme ... ne serait pas survenu **tel qu'il s'est réalisé in concreto**.

Le Dr. ... est donc tenu de réparer ce dommage (lequel ne s'analyse pas en la perte d'une chance pour la patiente).

#### D. Le Dommage

Le FAM a indemnisé Mme ... en se fondant sur les conclusions du rapport de l'expert ... tout en rejetant certains postes de dommage<sup>7</sup> (à défaut de pièces probantes produites par Mme ...).

L'... Assurances conteste les taux d'incapacités (personnelle, ménagère et économique) retenus par cet expert, relevant que les plaintes actuelles de Mme ... sont tout à fait négligeables et que les troubles neurologiques qu'elle a présentés initialement "*ont récupéré en grande partie*".

À cet égard, si l'évolution de la patiente a été favorable, c'est à bon droit que le FAM a relevé que "*suite à l'intervention mise en cause, la patiente a présenté des troubles neurologiques en rapport avec une lésion du nerf médian au bras. Ces troubles n'ont pas complètement récupéré depuis lors : il persiste un défaut de fermeture des doigts de la main ainsi qu'un problème de sensibilité du pouce qui expose aux brûlures*".

L'expert ... a, en outre, motivé les raisons pour lesquelles il estimait pouvoir retenir les taux d'incapacités permanentes litigieux.

Les observations émises par ... ne permettent pas de remettre en cause ces conclusions motivées, auxquelles le tribunal se rallie expressément.

La manière (raisonnée) dont le FAM a évalué ces préjudices n'est pas, en tant que telle, critiquée.

La demande de condamnation du FAM doit, partant, être déclarée fondée, et ce sous la seule réserve que les frais d'expertise réclamés doivent être majorés d'intérêts compensatoires depuis la date de leur paiement (et non de la facture).

Il se justifie, en outre, d'acter les réserves médicales telles qu'énoncées par l'expert ... dans son rapport.

(...)

**PAR CES MOTIFS,**

**Le tribunal,**

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935, sur l'emploi des langues en matière judiciaire,

Statuant contradictoirement ;

---

6. Jusqu'à arriver dans les fibres musculaires, lésant ainsi le nerf..

7. Comme le préjudice d'agrément.

Déclare la demande recevable et fondée dans la mesure précisée ci-après ;

(...)

# VI. Tribunal de 1<sup>re</sup> instance de Flandre occidental, division Courtrai, 31 mars 2025

*Le juge de première instance se rallie à la position du FAM. Les requérants ne partageaient pas l'avis du Fonds selon lequel le dommage subi n'était pas suffisamment grave pour être indemnisé. Les requérants ont demandé au tribunal de déterminer si le seuil de gravité était effectivement atteint, de sorte que le Fonds soit tenu d'indemniser les dommages en vertu de l'article 5, 3° de la loi sur les accidents médicaux. Le tribunal estime cependant que le dommage ne remplissait pas l'une des conditions de gravité prévues par l'article 5 de la loi précitée. Par conséquent, les plaintes contre le Fonds sont déclarées non fondées et rejetées.*

R.G. 21/1093/A

... et ... c./INAMI et FAM c./... et ...

(...)

## 3. Beoordeling

### 3.1 *Feitelijke gegevens die aan het geschil ten grondslag liggen*

... lijdt aan de ziekte van Parkinson.

In het kader van die aandoening volgde zij groepssessies kinesitherapie in het ....

Op 27 september 2016 ging de kinesitherapie sessie wegens het mooie weer buiten door. Tijdens deze sessie kwam ... ten val bij het uitvoeren van een oefening op een voetbankje van ongeveer 10 cm hoog. ... liep daarbij een subcapitale femurfractuur links op.

De bewuste kinesitherapie sessie ging door onder begeleiding van ....

### 1.2 *Vordering van ... en ... ten aanzien van het FMO*

#### 3.2.1

De betwisting tussen enerzijds ... en ... en anderzijds het FMO beperkt zich tot de vraag of de bij het ongeval opgelopen schade al dan niet beantwoordt aan de criteria inzake ernst zoals beschreven in artikel 5 van de wet van 31 maart 2010.

Deze criteria zijn de volgende:

1° de patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25 % of meer;

2° de patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden;

3° de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt;

4° de patiënt is overleden.

### 3.2.2

Bij vonnis van 2 januari 2023 werd dr. ... aangesteld om onder meer over dit punt een advies te verlenen.

In zijn eindverslag kwam de deskundige tot de volgende besluitvorming over de ernst van de schade:

- Persoonlijke en huishoudelijke ongeschiktheid:
  - 100%: 27.09.2016 – 28.11.2016
  - 75 %: 29.11.2016 – 15.12.2016
  - 50 %: 16.12.2016 – 28.02.2017
  - 35 %: 01.03.2017 – 30.06.2017
  - 30 : 01.04.2017 – 26.09.2017
- Bij deze evaluatie worden niet in rekening gebracht: de ziekte van Parkinson en de aanwezigheid van een duidelijke stijfheid in de rechterheup (na osteosynthese voor heupfractuur); verpleegkundige hulp (éénmaal per dag, zeven dagen op zeven), familiehulp (vier halve dagen in de week) en verhoogde hulp van de familie is aanvaardbaar tot aan de consolidatiedatum; dit geldt mijns inziens ook voor de hulpmiddelen (rollators, rolstoel, ziekenhuisbed)
- Consolidatie: 27.09.2017
- Blijvende persoonlijke ongeschiktheid: 20 %
- Blijvende huishoudelijke ongeschiktheid: 20 %
- Bij deze bepaling worden niet in rekening gebracht: de ziekte van Parkinson en de aanwezigheid van een duidelijke stijfheid in de rechterheup (na osteosynthese voor heupfractuur)
- Derdenhulp en hulpmiddelen zijn aanvaardbaar tot aan de consolidatiedatum.

### 3.2.3

De deskundige heeft zich bij het bepalen van de blijvende ongeschiktheidsgraad gebaseerd op de normale amplitudo's van de verschillende bewegingsrichtingen in de heup en op diverse schalen en standaarden die gehanteerd worden bij de evaluatie van de invaliditeit met betrekking tot de heup, die hij vervolgens specifiek heeft toegepast op de gezondheidstoestand van ... (p. 30-32 deskundig verslag).

Daarbij komt de deskundige tot het besluit dat de invaliditeit van ... bij een globale evaluatie van haar gezondheidstoestand minstens 25 % bedraagt, maar dat de invaliditeit ten gevolge van de val met de breuk van de linkerheup minder dan 25 % bedraagt. De deskundige wijst erop dat de voorafbestaande toestand van ... nl. de ziekte van Parkinson, epilepsie en vroegere breuk van de rechterheup, eveneens een belangrijk aandeel hebben in de gezondheidstoestand van ... (p. 32 deskundig verslag).



Inzake de invloed van de voorafbestaande toestand van ... op het genezingsproces overwoog de deskundige dat de *decursus* na implantatie van een heupprothese bij een Parkinsonpatiënt gekenmerkt is door een moeizamere revalidatie met een beperkter functioneel resultaat. Daar waar na implantatie van een heupprothese (zeker in een traumatische setting en hogere leeftijd) de revalidatietermijn kan geraamd worden op 4 tot 6 maanden kan dit bepaald worden op 9 tot 12 maanden bij een patiënt met de ziekte van Parkinson die een duidelijke impact heeft op de revalidatie. Bij ... kwam daarbij nog de aanwezigheid van een avulsie van de *trochanter maior* met gluteale insufficiëntie wat een revalidatie van één jaar aanvaardbaar maakt, aldus de deskundige, die tot consolidatie besloot op 27 september 2017, zijnde een jaar na het ongeval, met kinesitherapie en revalidatie (in het ziekenhuis en buiten het ziekenhuis) in het kader van de val tot aan deze datum. Na de consolidatiedatum heeft de kinesitherapie volgens de deskundige alleen nog betrekking op de ziekte van Parkinson. Dit geldt volgens hem ook voor de hulp van derden (poetshulp, familiehulp, hulp van familie) en de hulpmiddelen (rollators, rolstoel, ziekenhuisbed) (p. 33 deskundig verslag).

Naar aanleiding van de opmerkingen van de partijen licht de deskundige nader toe dat het weliswaar onmogelijk is om een strikt onderscheid te maken tussen de medisch voorafbestaande toestand enerzijds en de gevolgen die voortvloeien uit de val anderzijds, maar dat dit niet belet dat een raming totaal onmogelijk zou zijn. De deskundige wijst erop dat de actuele gezondheidstoestand van ... veel meer bepaald wordt door haar algemene medische status (ziekte van Parkinson, epilepsie, status na breuk van de rechterheup met osteosynthese, hoge leeftijd) dan door de gevolgen van de breuk van de linkerheup. De deskundige spreekt de stelling van de advocaat van ... als zou haar voorafbestaande toestand geen weerslag hebben op haar actuele invaliditeit, met klem tegen. Die stelling strookt volgens de deskundige niet met de aanwezige Parkinsonpathologie en zijn afwijkingen en symptomen (die er ontegensprekelijk waren en zijn) en met het feit dat ... reeds behandeling volgde (p. 40 deskundig verslag) (p. 39-40 deskundig verslag).

Daarnaast verwijst de deskundige naar een medisch artikel over de ongemakken na een theoretisch perfect geplaatste heupprothese, waarbij de daaruit voortvloeiende invaliditeit op 5 tot 10 % wordt bepaald, alsook naar het feit dat er bij ... tevens een losliggende *trochanter maior* is met zwakte van de bilspieren, wat de noodzaak tot het gebruik van een hulpmiddel verklaart (p. 42 deskundig verslag).

Alle opmerkingen van de partijen werden door de deskundige op oordeelkundige wijze beantwoord. Er zijn geen elementen die doen twijfelen aan de juistheid van de besluitvorming van de deskundige, die door de rechtbank wordt bijgetreden en overgenomen.

#### 3.2.4

De deskundige heeft duidelijk uiteengezet op welke elementen hij zich heeft gebaseerd om de blijvende ongeschiktheid te bepalen op een graad van 20 %.

Daarbij heeft hij op gemotiveerde wijze de stelling van ... en ..., als zou ... voorafgaand aan het ongeval een normale mobiliteit gehad hebben, weerlegd.

De verwijzing van ... en ... naar de socio-economische anamnese in het deskundig verslag, waarin onder meer werd opgenomen dat de mobiliteitsbeperking van ... tot sociaal isolement leidde en dat zij voor het ongeval in staat was om alle huishoudelijke taken uit te voeren, terwijl zij nadien enkel nog zittend kon meehelpen, doet geen afbreuk aan de besluitvorming van de deskundige. Die socio-economische anamnese berust niet op elementen uit het medisch dossier van ... die dateren van voor het ongeval, maar is louter gebaseerd op een weergave door ..., zonder dat die gegevens naderhand getoetst werden aan objectieve elementen zoals medische verslagen en deze.

Ook de eenzijdige attesten van dr. ... en dr. ... doen, daar geen afbreuk aan, nu in geen van die attesten enige uitspraak wordt gedaan over de gezondheidstoestand en invaliditeitsgraad van ... voorafgaand aan het ongeval (bijlagen 16 en 17 bij het deskundig verslag).

Het feit dat ... op het ogenblik van het ongeval al verschillende maanden kinesitherapie volgde naar aanleiding van de ziekte van Parkinson waaraan zij leed, duidt er eveneens op dat er zich een probleem inzake haar mobiliteit stelde.

Bovendien leed ... niet enkel aan de ziekte van Parkinson, maar leed zij tevens aan epilepsie en was er een beperkte beweeglijkheid in de rechterheup ingevolge een eerdere breuk van die rechterheup.

Er kan dan ook geen enkele twijfel over bestaan dat ... door die voorafbestaande comorbiditeit voorafgaand aan het ongeval al kampte met een zekere invaliditeit.

De schadevergoeding moet het slachtoffer terugplaatsen in de toestand waarin hij zich zou bevonden hebben, mocht het schadegeval zich niet hebben voorgedaan. Dit houdt in dat de aansprakelijke de schade volledig moet vergoeden. Wanneer het slachtoffer reeds voorafgaan aan het schadegeval schade heeft geleden of een beperking vertoonde, wordt enkel de nieuwe schade of de verergering van de bestaande schade vergoed (Cass. 12.11.2019, AR.P.19.0757.N, *TBBR* 2020, p. 377 e.v.).

De bij ... voorafbestaande invaliditeitsgraad moet derhalve in mindering gebracht worden bij de beoordeling van de omvang van de schade die voortvloeit uit het ongeval van 27 september 2016.

Daarbij weze opgemerkt dat die voorafbestaande invaliditeit te onderscheiden is van de invloed van deze voorafbestaande toestand op het genezingsproces na de val. Dit laatste is wel te beschouwen als schade. De deskundige heeft daar ook rekening mee gehouden bij het bepalen van de schade. Dienaangaande kan worden verwezen naar pagina 33 van het deskundig verslag, waar de deskundige er uitdrukkelijk op wijst dat het genezingsproces van ... gecompliceerd werd door haar voorafbestaande toestand, wat zich heeft vertaald in een moeizamer genezingsproces, en waarmee de deskundige rekening gehouden heeft bij de bepaling van de ongeschiktheidspercentages (p. 33, 35, 36 en 45-47 deskundig verslag).

Op basis van dit alles moet besloten worden dat niet voldaan is aan het ernstcriterium van artikel 5, 1° van de wet van 31 maart 2010.

### 3.2.5

Daarnaast is er volgens ... sprake van een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden (art. 5, 2° van de wet van 31.03.2010).

... was op het ogenblik van de feiten 81 jaar. In de socio-economische anamnese werd aangegeven dat ... haar tewerkstelling al sinds 1961 had moeten stopzetten door de diagnose van epilepsie (p. 15 deskundig verslag). Er was dan ook geen sprake van enige professionele activiteit op het ogenblik van het ongeval.

Artikel 5, 2° van de wet van 31 maart 2010 spreekt duidelijk over arbeidsongeschiktheid en niet gewoon over ongeschiktheid. Bij arrest van 30 november 2017 oordeelde het Grondwettelijk Hof dat de wetgever ervan vermocht uit te gaan dat verschillende criteria inzake de graad van ernst moesten worden aangenomen voor de beoordeling van de schade die wordt geleden door personen die een beroepsactiviteit uitoefenen en door die welke er geen uitoefenen. Het is immers niet zonder redelijke verantwoording om op de personen die een beroepsactiviteit uitoefenen een kwantitatief criterium toe te passen dat, van nature, moeilijk zou kunnen worden overgenomen voor de personen die geen inkomsten uit arbeid ontvangen en voor wie de geleden schade wordt gevoeld op het vlak van de levenskwaliteit die zou verminderen door de schade waarvan zij het slachtoffer zijn.

Door de slachtoffers die geen beroepsactiviteit uitoefenen uit te sluiten van het toepassingsgebied van het in geding zijnde artikel 5, 2°, wordt niet op onevenredige wijze afbreuk gedaan aan hun rechten, aangezien zij een vergoeding kunnen genieten wanneer de schade die zij lijden beantwoordt aan de in artikel 5, 3°, bedoelde ernstdrempel, die een kwalitatief criterium vormt dat meer aangepast is aan hun situatie, aldus het Grondwettelijk Hof (GWH nr. 136/2017, 30.11.2017 (prejudiciële vraag); B. S. 09.04.2018 (eerste uitg.) (uittreksel), 32838; *RGAR* 2018, afl. 2, nr. 15450, noot ALALUF, Q.; *RW* 2017-18 (samenvatting), afl. 17, 679; *RW* 2017-18 (samenvatting), afl. 31, 1215, noot; *T. Gez.* 2017-18, afl. 4). Uit voormeld arrest van het Grondwettelijk Hof blijkt dat artikel 5, 2° van de wet van 31 maart 2010 enkel de ongeschiktheid tot het uitoefenen van een beroepsactiviteit viseert en niet de ongeschiktheid om de huishoudelijke taken uit te voeren. De huishoudelijke ongeschiktheid wordt in aanmerking genomen bij de beoordeling van de ernstdrempel vermeld in artikel 5, 3° van de Wet van 31 maart 2010.

Aan het criterium van artikel 5, 2° van de wet van 31 maart 2010 is *in casu* derhalve evenmin voldaan.

### 3.2.6

... en ... beroepen zich tot slot eveneens op het criterium van artikel 5, 3° van de wet van 31 maart 2010, namelijk een bijzonder zware verstoring van de levensomstandigheden van ....

Zij verwijzen daarbij naar de beschrijving van de gevolgen in het verslag van dr. ... en herhalen dat ... voor het ongeval nog volledig zelfstandig kon leven en dat zij sinds het ongeval grotendeels afhankelijk is van de hulp van ....

Het verslag van dr. ... werd niet tegensprekelijk opgesteld, reden waarom een gerechtsdeskundige aangesteld werd.

Uit de besluitvorming van deskundige ... blijkt dat de gezondheidstoestand van ... veel meer bepaald is door haar voorafbestaande toestand (ziekte van Parkinson, epilepsie, status na breuk van de rechterheup met osteosynthese, hoge leeftijd) dan door de gevolgen van de breuk van de linkerheup. ... en ... leggen enkel objectief stuk voor dat deze besluitvorming tegenspreekt of weerlegt. Een bijzonder zware verstoring van de levensomstandigheden van ... is dan ook niet aangetoond.

### 3.2.7

Op basis van dit alles moet worden besloten dat de schade voortvloeiend uit het ongeval van 27 september 2016 niet voldoet aan de criteria van artikel 5 van de wet van 31 maart 2010, zodat de vordering van ... en ... ten aanzien van het FMO wordt afgewezen als ongegrond.

### **3.3** *De vordering van het FMO ten aanzien van ... nv*

Aangezien de vordering van ... en ... ten aanzien van het FMO ongegrond is, is de vordering van deze laatste tot tussenkomst en vrijwaring ten aanzien van ... nv zonder voorwerp.

... en ... hebben in het kader van het voorliggend geding geen vordering ingesteld ten aanzien van ... zodat tussen deze partijen geen rechtsband bestaat.

## **4. Beslissing**

De artikelen 2 en 30 tot 42 van de wet op het taalgebruik in rechtszaken zijn nageleefd.

Dit vonnis is op tegenspraak ten aanzien van alle partijen.

Dit vonnis wordt uitgesproken in eerste aanleg.

De vorderingen van ... en ... ten aanzien van het FMO zijn ongegrond.

...

# VII. Tribunal de 1<sup>re</sup> instance francophone de Bruxelles, 31 mars 2025

*Dans cette affaire, le juge de première instance interprète le pouvoir discrétionnaire du Fonds en vertu de l'article 17, § 2 de la loi sur les accidents médicaux. Le juge estime qu'il n'y avait pas d'indications de dommage grave et que le Fonds avait le pouvoir discrétionnaire d'organiser ou non une contre-expertise. En ce qui concerne la requête subsidiaire, à savoir la désignation d'un expert, le tribunal a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire en l'absence d'éléments démontrant que la couverture d'assurance du prestataire de soins ayant réalisé l'opération était insuffisante. Le dommage n'est donc pas indemnisable par le FAM.*

R.G. 23/5143/A  
... c./ FAM

(...)

## II. Les faits

Les faits utiles à la solution du litige peuvent être résumés très succinctement comme suit :

- Mme ... a subi une sleeve gastrectomie pratiquée, à la Clinique ... le 11 février ... par le ..., chirurgien
- les suites post-opératoires ont été marquées par de multiples complications
- le 2 décembre 2019, elle a introduit une demande auprès du FAM, conformément à l'article 12 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé
- le 16 juin 2022, le FAM a rendu un avis défavorable quant à la demande formée par ... et a indiqué clôturer le dossier
- ne pouvant marquer son accord sur le contenu de cet avis, Mme ... a introduit la présente action par citation signifiée le 10 octobre 2023.

## III. Discussion

Mme ... poursuit, en substance, la condamnation du FAM à procéder à une expertise contradictoire en application de l'article 17 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé ou, subsidiairement, demande au tribunal de désigner un expert judiciaire chargé de la même mission que celle ordonnée habituellement par le FAM (sous réserve de quelques aménagements).

Le FAM s'oppose à la demande, invitant le tribunal à la déclarer irrecevable ou, à tout le moins, non fondée. Il considère plus précisément, à titre principal, que le tribunal de céans "*est sans compétence pour ordonner les mesures demandées en ce que la demande formulée par Madame ... viole le principe de séparation des pouvoirs*". Il soutient, subsidiairement, que la demande de Mme ... "*ne répond pas aux conditions énoncées par la loi du 31 mars 2010*".

## A. Le cadre légal

Le FAM est un organisme public, créé par la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé et opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012. Il est rattaché à l'INAMI depuis le mois d'avril 2013.

Il a été créé pour pallier aux difficultés rencontrées par les victimes de dommages résultant de soins de santé et leurs ayants-droit.

En vertu de l'article 8 de la loi du 31 mars 2010, le FAM "*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 (...)"*.

Toute personne qui s'estime victime d'un dommage résultant de soins de santé ou ses ayants droit peut donc 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 (art. 12 de la loi).

Conformément à l'article 13 de la loi, "*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 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".

S'agissant du traitement de la demande d'avis par le FAM, l'article 17 de la loi dispose que :

"§ 1<sup>er</sup> . Le Fonds peut faire appel à des praticiens professionnels spécialisés en vue d'obtenir des informations précises sur une question médicale particulière.

§ 2. À 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".

S'agissant des cas d'indemnisation par le FAM, l'article 4 de la loi dispose que :

"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<sup>1</sup>, 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".

L'article 5 qualifie le dommage de "suffisamment grave" : " (...) lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

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

---

1. L'"accident médical sans responsabilité" est défini, par l'article 2, 7° de la loi, comme "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".

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".

Quant aux possibilités de recours contre le FAM, l'article 23, alinéa 2 de la loi dispose que : "*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*".

#### B. Le cas d'espèce

En l'espèce, dans son avis du 16 juin 2022, après une analyse de la demande de Mme ... "*à la lumière des pièces médicales en sa possession*", le FAM a considéré que :

*"(...) le dommage de Madame ... imputable à l'accident médical ne franchit aucun des seuils de gravité prévu par la Loi.*

*Le dommage résultant de l'éventuel état antérieur du patient et des conséquences attendues de la prestation de soins ne peut être considéré comme un dommage imputable à l'accident médical et n'est donc pas pris en compte.*

*Cette analyse médicale n'a également pas pu mettre en évidence l'existence d'indices sérieux d'une éventuelle responsabilité dans le chef du/des prestataire(s) de soins impliqué(s).*

*Vu l'absence d'indices sérieux de gravité et d'une éventuelle responsabilité, le Fonds n'est pas compétent pour procéder à une éventuelle indemnisation (...)"*

Il a, dès lors, clôturé le dossier, sans procéder préalablement à une expertise contradictoire en application de l'article 17, § 2 de la loi.

Mme ... conteste spécifiquement cette circonstance, estimant qu'elle a "*droit, en principe, à une expertise contradictoire gratuite*" (ses conclusions, p. 9).

Son action vise, dès lors, à la condamnation du FAM à procéder à une telle expertise (et non pas, à tout le moins à ce stade, à la condamnation de celui-ci à l'indemniser de son dommage, nonobstant l'avis négatif qu'il a rendu) et, subsidiairement, à la tenue d'une expertise médicale judiciaire.

Le FAM considère qu'il disposait du pouvoir discrétionnaire de décider de procéder ou non à une expertise contradictoire avant de rendre son avis, décision sur l'opportunité de laquelle le tribunal de céans n'a pas à se prononcer (sous peine de violer le principe de séparation des pouvoirs). Il estime, subsidiairement, que sa décision est conforme aux critères énoncés par loi du 31 mars 2010 et s'oppose à toute expertise médicale judiciaire.



## 1. LE PRINCIPE DE SÉPARATION DES POUVOIRS

Le tribunal rappelle qu'en vertu des articles 144 et 145 de la Constitution, les contestations qui ont pour objet des droits civils et politiques sont du ressort des tribunaux sauf, en ce qui concerne les droits politiques, les exceptions prévues par la loi.

Cette compétence est déterminée par l'objet réel et direct de la contestation (Cass., 24.09.2010, *Pas.*, I, p. 2375, concl. de l'avocat général Vandewal ; Cass., 08.03.2013, *Pas.*, I, p. 601 et concl. de l'avocat général Werquin). Lorsque l'objet de la contestation est relatif à un acte de l'administration, il convient de vérifier si les juridictions de l'ordre judiciaire sont compétentes et donc si un droit subjectif est en jeu.

L'existence d'un tel droit suppose une "*obligation juridique déterminée qu'une règle du droit objectif impose directement à un tiers et à l'exécution de laquelle cette partie a un intérêt*" et, pour qu'une "*partie puisse se prévaloir d'un tel droit à l'égard de l'autorité administrative, il faut que la compétence de cette autorité soit liée*" (Cass., 08.03.2013, *Pas.*, I, p. 601 ; voy. également Cass., 20.12.2007, *R.C.J.B.*, 2009, p. 419).

L'autorité a une compétence liée lorsque son obligation juridique découle d'une norme de droit objectif qui ne laisse pas le choix à celui-ci pour décider de son application au cas concret : si les conditions prévues par la loi sont remplies, l'autorité n'a pas de marge de manœuvre et doit appliquer la norme (conclusions de l'avocat général Vandewal avant Cass., 24.09.2010, *Pas.*, I, p. 2374).

Si l'autorité a la faculté de décider ou si les conditions d'exercice de sa compétence contiennent une part d'appréciation en opportunité, sa compétence est, à tout le moins partiellement, discrétionnaire (voy. B. BLERO, "La théorie de l'objet véritable du recours n'est elle pas véritablement devenue sans objet ?", *R.C.J.B.*, 2009, pp. 440-441).

Dans ce cas, le pouvoir judiciaire est néanmoins compétent pour constater l'irrégularité commise par l'administration dans l'exercice de sa compétence discrétionnaire (Cass., 24.09.2010, *Pas.*, I, p. 2375) mais son contrôle est, alors, marginal et consiste "*à vérifier que l'administration a fait un usage de sa liberté d'appréciation conforme à la loi et aux principes généraux du droit administratif parmi lesquels le principe de la motivation interne, le principe d'administration raisonnable et autres principes apparentés*" (B. BLERO, *op. cit.*, p. 443). L'administration qui prend une décision en vertu de son pouvoir discrétionnaire bénéficie en effet "*d'une liberté d'appréciation qui lui permet de déterminer elle-même dans les limites de la loi les modalités d'exercice de ses compétences et les options qui lui semblent les plus adéquates*" (Cass., 03.01.2008, *Pas.*, I, n° 4).

Le pouvoir judiciaire, s'il a "*le pouvoir tant de prévenir que de réparer toute atteinte illicitement portée à des droits subjectifs par des autorités dans l'exercice de leur pouvoir discrétionnaire (...), ne peut, à cette occasion, priver ces autorités de leur liberté politique ni se substituer à celles-ci*" (Idem). Le juge ne peut donc, en principe, procéder à un examen du dossier à la place de l'administration mais peut, tout au plus, contraindre celle-ci à prendre une décision dans le délai qu'il détermine (P NIHOUL, M. JOASSART et G PIJCKE, "Le contrôle juridictionnel des subventions", in *Les subventions*, D. Renders (dir.), Bruxelles, Larcier, 2011, pp. 756-757), voire statuer sur la réparation du dommage "*causé par l'appréciation manifestement déraisonnable, et donc fautive, de l'administration*" (I. MATHY, "Étendue des pouvoirs du juge à l'égard des décisions prises par une autorité administrative en matière de sécurité sociale", *J.L.M.B.*, 2005/8, p. 327).

Afin de déterminer si une compétence est liée ou, au moins partiellement, discrétionnaire, il convient de tenir compte de deux critères : le caractère obligatoire ou facultatif de la compétence, d'une part, et la nature des conditions de mise en œuvre de cette compétence, selon qu'elles sont objectives ou appréciatives, d'autre part.

La compétence intégralement liée résulte d'une obligation de décider selon des conditions qui sont exclusivement objectives, même s'il n'est pas exclu que ces conditions requièrent une interprétation, comme toute règle de droit. Le Conseil d'État a ainsi rappelé que "*la circonstance que l'autorité administrative doit interpréter les critères qui guident son action ou qu'elle est amenée à opérer une qualification juridique ne signifie pas qu'elle exerce de la sorte un pouvoir discrétionnaire*" (C.E., 19.06.2007, De Brouwer, n° 172475).

La condition appréciative mobilise des notions telle que la conformité à l'intérêt général ou à l'ordre public, pour lesquelles l'autorité dispose d'un pouvoir d'appréciation en opportunité (B. BLERO, *op. cit.*, pp. 440-442 et les exemples cités, notamment l'appréciation de l'adéquation d'un projet à l'objectif de développement économique régional ou des mérites d'une candidature en vue de l'occupation d'un emploi). La Cour de cassation a ainsi jugé que, dès lors que le Ministre peut refuser le regroupement familial s'il estime que "*l'étranger peut compromettre la tranquillité publique, l'ordre public ou la sécurité nationale*", il "*n'a pas une compétence complètement liée mais dispose d'une marge d'appréciation*" (Cass., 16.01.2006, *Pas.*, 2006, I, p. 166).

La tâche est, en réalité, souvent complexe, d'autant qu'une condition appréciative peut, dans certains contextes, revêtir une dimension objective (sur la question, voy. B. BLERO, *op. cit.*, pp. 447 et s.).

Par ailleurs, le simple fait qu'une condition légale soit indéterminée ou que son application puisse donner lieu à des questions complexes ne suffit pas à établir l'existence d'une condition appréciative (B. BLERO, *op. cit.*, pp. 449 et s. et les exemples cités). Ainsi, le Conseil d'État a rappelé que "*le cas fortuit et la force majeure constituent des notions juridiques dotées de significations déterminées et précises qui ne sont susceptibles que d'une seule interprétation*", de sorte que les autorités ne disposent "*pas d'un pouvoir d'appréciation discrétionnaire à cet égard*" (C.E., 26.09.2002, Coenen et consorts, n° 110706).

Selon B. Blero, il convient en réalité d'identifier, pour conclure qu'une condition est appréciative, "*une volonté, dans le chef de l'auteur de la norme, de permettre à l'administration de faire, fût-ce à un degré minime, des choix en opportunité dans la mise en œuvre d'une notion juridique*" (*op. cit.*, p. 465).

Lorsque le pouvoir judiciaire respecte ces principes, il ne porte pas atteinte au principe de séparation des pouvoirs. En effet, celui-ci n'impose pas une séparation absolue entre les pouvoirs législatif, exécutif et judiciaire mais permet, au contraire, "*dans certaines limites, un contrôle judiciaire des autres pouvoirs*" (Bruxelles (9<sup>e</sup> ch.), 21.02.2014, *J.T.*, 2015/4, n° 6590, p. 79 et les références citées).

En l'espèce, l'article 17 de la loi du 31 mars 2010 dispose que "(...) § 2. *À 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 collègue d'experts.*

*Dans les autres cas, le Fonds peut organiser une telle expertise (...)"*.

Les travaux préparatoires enseignent, à cet égard, que :

*"Le Fonds à l'obligation d'organiser l'expertise s'il existe des indications sérieuses que le dommage atteint le degré de gravité visé à l'article 5, sauf si la demande est manifestement irrecevable ou non fondée, ou si toutes les parties à la procédure renoncent à l'expertise contradictoire. Si l'expertise est organisée, le Fonds désigne un expert indépendant ou un collègue d'experts.*

*S'il n'existe aucune indication sérieuse que le dommage atteint le degré de gravité visé à l'article 5, le Fonds a la faculté d'organiser une expertise contradictoire ; dans ces cas-là, il n'y est toutefois pas obligé.*

*L'expertise est en effet une mesure d'instruction onéreuse, dont le coût sera avancé par le Fonds, et au final supporté par celui-ci, sauf dans les hypothèses où la responsabilité d'un prestataire est établie (voir art. 20). Or, certains cas simples ne nécessiteront par ailleurs pas nécessairement une mesure d'instruction aussi complète. Dans d'autres cas les parties pourraient pouvoir se mettre d'accord d'emblée sur la (non) responsabilité d'un prestataire et sur l'indemnisation sans devoir recourir à l'expertise. Dans toutes ces hypothèses, il est nécessaire de laisser au Fonds une certaine marge d'appréciation sur l'utilité et l'opportunité d'une expertise.*

*Néanmoins, dès lors qu'il y a, sur base des éléments fournis par le demandeur dans sa demande, des indices sérieux que le dommage présente le niveau de gravité requis pour l'indemnisation d'un accident médical sans responsabilité, il apparaît nécessaire de prévoir que le Fonds **doit en principe organiser l'expertise**. L'importance présumée du dommage subi, et partant la hauteur de l'indemnisation, justifie en effet que les causes, la nature et l'étendue du dommage puissent être examinés en détail lors d'une expertise soumise à la contradiction des parties.*

***Deux exceptions sont prévues à cette obligation d'organiser l'expertise** : si la demande est manifestement irrecevable ou non fondée, ou si l'ensemble des parties y renoncent. Dans le premier cas, une expertise est inutile, dès lors qu'un premier examen de la demande démontre qu'il est manifeste que celle-ci n'a aucune chance d'aboutir. Dans le second cas, dès lors que les parties intéressées à la solution du litige estiment toutes qu'il n'est pas nécessaire de procéder à cette mesure d'instruction, il serait tout à fait contre-productif de les y contraindre"<sup>2</sup> (souligné par le tribunal).*

---

2. Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Chambre, 2009-2010, 2240/001, pp. 58-59.

Il résulte de ces travaux préparatoires qu'il convient de distinguer deux cas de figure, selon qu'il existe ou non des indications sérieuses que le dommage atteint le degré de gravité visé à l'article 5 :

- ⇒ Si tel n'est pas le cas, le FAM a la faculté d'organiser une expertise contradictoire, mais n'y est pas obligé. Il dispose d'une marge d'appréciation pour apprécier l'utilité et l'opportunité d'une telle expertise. Il bénéficie donc, sur ce point, d'une compétence discrétionnaire.
- ⇒ Si tel est le cas, le FAM a l'obligation d'organiser une expertise contradictoire, sauf si la demande est manifestement irrecevable ou non fondée, ou si l'ensemble des parties y renoncent. Il a donc, sur ce point, une compétence liée.

Le FAM doit, certes, dans les deux cas, déterminer préalablement "*s'il y a des indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité visé à l'article 5*". Dans le second cas, il doit, en outre, examiner si la demande n'est pas "*manifestement irrecevable ou non fondée*". Il s'agit cependant là d'appréciations qui reposent sur des conditions objectives, même s'il n'est pas exclu qu'elles requièrent dans son chef une interprétation (comme toute règle de droit). En effet, comme relevé ci-avant, "*la circonstance que l'autorité administrative doit interpréter les critères qui guident son action ou qu'elle est amenée à opérer une qualification juridique ne signifie pas qu'elle exerce de la sorte un pouvoir discrétionnaire*".

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces notions juridiques<sup>3</sup>, le législateur n'a pas entendu permettre au FAM de "*faire, fût-ce à un degré minime, des choix en opportunité*".

Il est donc permis au tribunal de céans d'examiner, dans le respect du principe de séparation des pouvoirs, si le FAM a refusé à bon droit (ou non) de procéder à une expertise contradictoire en application de l'article 17, § 2 de la loi du 30 mars 2010 dans le cadre de la demande formée par Mme ... et, s'il échet, de le condamner à mettre en œuvre une telle expertise.

## 2. LA RÉUNION DES CONDITIONS JUSTIFIANT UNE EXPERTISE ORDONNÉE PAR LE FAM

Pour statuer sur la demande de Mme ..., il appartient au tribunal d'examiner, avant toute chose, si le FAM pouvait décider (comme il l'a fait) qu'il n'existait pas d'indices sérieux que le dommage subi par Mme ... atteignait le seuil de gravité visé à l'article 5.

Pour rappel, le dommage est "*suffisamment grave*" au sens de la loi du 30 mars 2010 en cas (outre l'hypothèse du décès) :

- d'invalidité permanente égale ou supérieure à 25 %
- d'incapacité temporaire de travail de minimum 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois
- de troubles "*particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient*".

---

3. Existence d'indices sérieux de gravité du dommage au sens de l'article 5 et caractère manifestement irrecevable ou non fondé de la demande.

S'agissant de Mme ..., le FAM a constaté que : "(...) *L'incapacité de travail de la patiente a été prise en charge du 10.02.... au 31.08...., il n'y a plus d'incapacité de travail prise en charge avant le 27.12..... La durée normale d'une incapacité de travail après une sleeve gastrectomie est de deux à quatre semaines. Il n'y a pas d'invalidité physique et psychique permanente (...)*".

Le tribunal partage l'analyse du FAM, tenant compte des pièces médicales produites.

Ainsi, l'intervention chirurgicale pratiquée le 11 février ... chez Mme ... devait entraîner, dans des conditions normales, une incapacité dans son chef de 2 à 4 semaines. Elle aurait donc dû pouvoir reprendre ses activités au plus tard le 11 mars ...

En l'espèce, son incapacité s'est prolongée jusqu'au 31 août ... en raison de multiples complications. Son dossier médical indique, à cet égard, qu'elle est rentrée à domicile le 23 juillet ... . Le 10 août ..., les examens de contrôle réalisés indiquent que "*l'évolution est (...) tout à fait favorable*". Le 2 décembre ..., le contrôle CT confirme la "*régression complète des épanchements*".

L'incapacité temporaire à prendre en compte a donc été d'une durée inférieure à 6 mois consécutifs (ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois).

Mme ... soutient, pour sa part, qu'il conviendrait de prendre en compte toute sa période d'incapacité temporaire depuis l'intervention litigieuse jusqu'à sa remise au travail le 1<sup>er</sup> septembre ... dans la mesure où cette intervention ne se justifiait pas (étant donné que les conditions de la nomenclature pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge par l'INAMI n'auraient pas été remplies) de sorte qu'elle n'aurait pas dû la subir. Elle remet, partant, en cause l'indication opératoire.

Elle reproche au FAM de n'avoir pas investigué ce point-là, dénonçant le manque de contrôle par cet organisme de l'utilisation des deniers publics utilisés pour couvrir les soins de santé.

Le tribunal ne peut que s'étonner de l'argumentation actuellement développée sur ce point par Mme ... (et ce, manifestement pour les besoins de la cause) au vu de ce qu'elle déclarait elle-même dans sa demande d'avis au FAM, précisant expressément que :

"(...) *Mme ... a réalisé plusieurs tests prouvant qu'elle faisait des apnées du sommeil, qu'elle avait entre autres des problèmes d'essoufflements et d'asthme dus à son surpoids. Difficultés de mobilité/BMI de ... Poids : 105 kg. 1m65.*

*Après plusieurs mois, voire des années de réflexion et d'échanges avec son médecin traitant le Dr ..., Mme ... décide de se faire opérer **puisque elle rentrait parfaitement dans les critères nécessaires à une telle intervention.***

*Avant l'opération, Mme ... a consulté une psychologue afin d'être sûr que cette intervention serait bénéfique pour elle (plusieurs séances). Consultation régulière chez Mme ... à ... . Celle-ci a défini qu'effectivement, elle était prête à vivre ce grand changement (...)" (souligné par le tribunal).*

Le FAM a constaté lui-même que : "*L'intervention chirurgicale (Sleeve gastrectomie) pratiquée le 11.02.... a été suivie de diverses complications en lien avec cette prestation de soins **dont l'indication était justifiée** par une obésité morbide (1m63, 95 kg, BMI de 36) (...)" (souligné par le tribunal).*

L'analyse des pièces médicales produites permet de confirmer que l'indication opératoire était justifiée puisque Mme ... présentait un BMI supérieur à 35 avec des comorbidités (dont un diabète, une hypertension traitée par antihypertenseurs et un syndrome d'apnées du sommeil).

Il n'existe donc pas d'indices sérieux d'une incapacité temporaire de travail de minimum 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois.

Le dossier ne permet pas davantage d'envisager l'existence d'une invalidité permanente (*a fortiori* égale ou supérieure à 25 %) en lien avec l'intervention litigieuse et/ou de troubles "*particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient*".

À cet égard, Mme ... invoque, certes, l'existence de troubles de la mémoire, de la concentration ainsi qu'une lenteur d'idéation qui pourraient, selon elle, être en lien avec une déficience vitaminique consécutive à l'intervention litigieuse. Une telle déficience (carence en thiamine) n'est cependant pas objectivée par son dossier médical, lequel permet au contraire de constater l'existence de plaintes de cet ordre dans son chef (troubles de la mémoire) avant l'intervention (soit, en 2015 déjà).

Comme l'a considéré à bon droit le FAM, il n'existe donc pas d'indices sérieux que le seuil de gravité du dommage est atteint.

Dans cette hypothèse, le FAM disposait du pouvoir discrétionnaire (faculté) de décider (en opportunité) d'organiser ou non une expertise contradictoire, n'y étant pas obligé légalement.

Le FAM a régulièrement motivé sa décision de ne pas procéder à une telle expertise en constatant, tenant compte des pièces médicales produites, que les règles de bonnes pratiques paraissaient avoir été respectées et en soulignant que les complications survenant après une sleeve gastrectomie (telles que celles rencontrées par Mme ...) étaient fréquentes (chiffres à l'appui).

Dans ces circonstances, il ne se justifie pas de condamner le FAM à procéder à une telle expertise.

### 3. L'EXPERTISE MÉDICALE JUDICIAIRE

Subsidiairement, Mme ... sollicite la tenue d'une expertise médicale judiciaire.

En tant que la présente action est dirigée contre le FAM<sup>4</sup>, une telle mesure d'instruction ne se justifie nullement en l'espèce.

En effet, tenant compte du constat précité de l'absence d'indices sérieux permettant de conclure à l'existence d'un dommage "*suffisamment grave*" au sens de la loi du 30 mars 2010, la seule hypothèse dans laquelle le FAM pourrait (en théorie) être condamné à indemniser Mme ... à l'issue de la ...

...

**PAR CES MOTIFS,**

**Le tribunal,**

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935, sur l'emploi des langues en matière judiciaire,

---

4. Et non contre les prestataires de soins incriminés (à l'égard desquels toute action paraît d'ailleurs aujourd'hui prescrite).

Statuant contradictoirement ;

Déclare la demande recevable, mais non fondée ;

En conséquence,

...

# VIII. Tribunal de 1<sup>re</sup> instance néerlandophone de Bruxelles, 23 mai 2025

*Le juge de première instance suit l'avis du FAM, tant en ce qui concerne la force probante du rapport d'expertise unilatéral que le rapport d'expertise contradictoire ultérieure, la responsabilité des prestataires de soins concernés et l'indemnisation versée par le Fonds. Il n'y a aucune raison d'organiser une expertise judiciaire. Le juge estime que les ophtalmologues concernés ont commis une erreur lors de la pose du diagnostic et de l'indication. Il est également question d'une erreur de suivi, compte tenu de l'acharnement thérapeutique et de l'orientation tardive du patient vers un spécialiste plus expérimenté. Selon le tribunal, il existe un lien de causalité entre ces erreurs et le dommage subi par le patient. Le juge décide que le recouvrement de l'indemnisation par le FAM auprès de l'assureur du médecin concerné est donc fondé.*

R.G. 24/50/A

FAM et ... c./..., ..., ... et ...

...

### III. FEITEN

7.

Het geschil betreft de verstrekking van gezondheidszorgen aan ..., hierna ook de "Patiënt", geboren op ... en 38 jaar op het moment van de feiten die zich situeren tussen augustus ... en januari ....

De betrokken zorgverleners zijn dokter ..., dokter ... en dokter ..., hierna de "Oogartsen", werkzaam in de oogkliniek ... te ....

... is de verzekeraar burgerlijke aansprakelijkheid van de Oogartsen.

... is de (verplichte) verzekeraar ziekte en invaliditeit van de Patiënt.

8.

De Patiënt was gekend met bijziendheid sedert de kindertijd en astigmatisme.

Begin ... werd de Patiënt behandeld bij ... voor een sterke inflammatie aan beide ogen. Bij controle in april ... is er geen beterschap en bedraagt de visus rechts nog 3/10. De diagnose luidt maculair oedeem en membraanvorming. OCT scans worden genomen op **13 april**<sup>1</sup>, **21 augustus** en **3 september** .... In overleg besluiten de Oogartsen tot een heelkundige ingreep aan het rechteroog.

Op **5 oktober** ... ondergaat de Patiënt een eerste ingreep bij dokter ... en dokter ... die een vitrectomie<sup>2</sup> met peeling uitvoeren. De vitrectomie is niet volledig. De lens wordt geraakt tijdens de laserbehandeling.

Er is een postoperatieve controle op **12** en **24 oktober** ... waarbij de oogdruk als normaal wordt genoteerd maar het netvlies is niet aanliggend.

---

1. Het bestaan van een scan van deze datum was niet helemaal duidelijk.  
2. Verwijdering van glasvocht.



Dokter ... en dokter ... voeren op **26 oktober** ... een nieuwe vitrectomie uit. Omwille van het defect in het achterste van het oogzakje wordt de kunstlens niet in het oogzakje maar in de *sulcus*, de ruimte tussen de iris en het voorste lenszakje, gefixeerd.

Bij controle op **7 november** ... blijkt dat de kunstlens zich naar de kant van de neus heeft verplaatst en de oogdruk is verhoogd.

Omwille van een netvliesloslating volgt een heringreep (derde ingreep) op **20 december** ... waarna de kunstlens beter gecentreerd is, maar er een bloedophoping is en een verhoogde oogdruk (in tegenstelling tot hetgeen verweerders voorhouden).

Op **28 februari** ... verwijdert dokter ... de voordien ingebrachte olie en vervangt deze door gas (vierde ingreep).

Omwille van een nieuwe netvliesloslating voert dokter ... nogmaals een vitrectomie (vijfde ingreep) uit op **21 maart** .... Op **11 juli** ... verwijdert hij vitreoretinale proliferaties (zesde ingreep). Na vaststelling van een nieuwe netvliesloslating op **2 augustus** ... volgt er nogmaals een vitrectomie (zevende ingreep) op

**22 augustus** ... waarbij silicone-olie wordt ingebracht.

Bij controle op **17 september** ... stelt dokter ... vast dat er mogelijks olie achter het netvlies zit. Dokter ... voert daarom op **12 (of 13?) december** ... opnieuw een (achtste) ingreep uit om olie te verwijderen; hij snijdt het perifere netvlies weg en brengt silicone-olie in.

Bij controle op **7 januari** ... bij dokter ... meldt de Patiënt ernstige hoofdpijn. Hij krijgt Tramadol voorgeschreven.

Hierna heeft de Patiënt een andere oogarts geraadpleegd, dokter ... werkzaam in het ... die op **12 maart** ... een nieuwe vitrectomie (negende ingreep) uitvoert. Op **4 juli** ... verwijdert deze oogarts de olie tijdens een nieuwe vitrectomie (tiende ingreep).

Op **25 november** ... raadpleegt de Patiënt dokter ..., neuroloog in het ... wegens aanhoudende hoofdpijn. De Patiënt zegt een vertroebeld zicht te hebben en enkel nog silhouetten te zien. Er zijn geen aanwijzingen voor een centraal neurologische pathologie. De medicatie wordt wel aangepast omwille van tekenen van overmedicatie die de hoofdpijn zou kunnen onderhouden. Bij controle 1 jaar later bleek de hoofdpijn even intens en frequent als tevoren. De medicatie werd terug verhoogd.

De Patiënt raadpleegt nog eenmalig neuropsychiater dokter ... die de hoofdpijn toeschrijft aan ontstekingen in het rechteroog en subconjunctivaal na oliebehandeling ofwel aan een migraineuze reactie.

Op **22 juni** ... raadpleegt de Patiënt professor dokter ..., vitreoretinaal chirurg, dienst oftalmologie van het .... Het netvlies is aanliggend maar heeft geen functie meer en een herstel van de *visus* wordt niet verwacht.

Behoudens het verlies van zicht uit het rechteroog met bijhorende problemen in het dagelijkse leven en vooral bij het autorijden, heeft de Patiënt na de voormelde ingrepen chronische hoofdpijnen, het rechteroog draait spontaan weg en hij mag niet tillen zodat hij onder meer geen fitness meer kan doen. Hij kan zijn arbeidsactiviteit niet meer voltijds uitoefenen. Zijn functie moet worden aangepast.

9.

De Patiënt heeft op **6 juli ...** bij het FMO een adviesaanvraag ingediend. Hij wenste schadeloos te worden gesteld in toepassing van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (hierna de “Wet medische ongevallen”).

10.

Het FMO heeft professor dokter ..., arts-specialist oftalmologie, aangesteld om een eenzijdige expertise uit te voeren. Zij omschreef de oorzaak van de schade als volgt:

*“Een fors maculair oedeem werd vastgesteld op OCT-beelden in ... hoewel er al klachten waren in ... van lokale ontsteking. Bij daling van de visus naar 0.4 met correctie rechteroog werd aandacht besteed aan het posterieur segment en werd een fors maculair oedeem gevonden. Bijkomende onderzoeken naar de etiologie werden niet gedaan. Er werd geen fluoangiografisch onderzoek uitgevoerd om eventuele teleangiëctastieën uit te sluiten of andere oorzaken voor lekkage van de bloedvaten in de regio van de macula. De preoperatieve oppuntstelling is wat slordig uitgevoerd. De aanwezigheid van een beperkt maculair membraan op de limitans interna rechts heeft de Oogartsen doen besluiten op een vitreo-maculaire tractie. Wat een mogelijke oorzaak kan zijn (zie referentie hieronder) maar geassocieerd kan zijn met andere pathologie die niet uitgesloten werden, zoals eerder vermeld.*

*Tijdens de operatie op 5 oktober ... werd de achterzijde van de lens van de heer ... gekwetst. Dit leidde tot het snel ontwikkelen van een cataract dat 11 dagen nadien geopereerd werd samen met het verder uitvoeren van de anterieure vitrectomie. De operatie van de cataract was gecompliceerd met een scheur van het posterieur lenskapsel (ten gevolge de complicatie van de eerste interventie). Ten gevolge de doorgemaakte kwetsuur, kon de intraoculaire lens niet in de kapselzak worden geplaatst maar moest de chirurg die in de sulcus plaatsen. Deze positionering is niet optimaal. Het veroorzaakt gemakkelijk ontstekingsreacties, wat deze patiënt precies best kon missen.*

*Twee opeenvolgende majeure complicaties zijn opgetreden na elke operatie. Wat wel de vraag moet doen rijzen bij de chirurg of zij dit geval nog aankunnen of dat zij best de patiënt zouden doorverwijzen naar een meer geroutineerde chirurg in dat gebied. Het zicht van de heer ... was rechts nog meetbaar tot 0.25 tot 20 februari .... Op dat ogenblik waren al drie uitgebreide operaties uitgevoerd zonder anatomisch herstel van de netvliesloslating. Het had toen het moment geweest om de heer ... naar een meer competente chirurg te hebben doorverwezen. De complicaties hebben zich nadien enkel opgestapeld met grote schommelingen van intraoculaire druk om uiteindelijk na 8 consecutieve operaties de patiënt alsnog te moeten doorverwijzen doch zonder mogelijkheid tot functioneel herstel. De therapeutische hardnekkigheid die duidelijk beschreven staat is niet ten goede gekomen van de patiënt. Deze houding is ook niet goed te praten. Ik heb geen publicaties gevonden betreffende de incidentie van lensschade tijdens een vitrectomie. Lensschade tijdens een vitrectomie waardoor de lens dusdanig beschadigd is dat het lenskapsel ruptureert tijdens de operatie voor cataract is het gevolg van een chirurgische onhandigheid en ligt volledig bij de verantwoordelijkheid van de chirurg en zijn verzekering. Deze complicatie was zeker niet gewenst door de chirurg en is als een onopzettelijke complicatie te beschouwen.<sup>3</sup> (stuk 2 FMO)*

11.

Na kennisname van het verslag van voormelde expert besloot het FMO om een bijkomende, tegensprekelijke expertise te organiseren. Het FMO stelde dokter ..., neuroloog, en dokter ..., arts-specialist oftalmologie, aan. Op **23 november** ... hebben de deskundigen hun voorverslag (stuk 3 FMO) overgemaakt met verzoek opmerkingen te formuleren vóór **1 januari** ....

Op **31 december** ... verzocht de raadsman van verweerders om een uitstel van twee weken omdat het bijkomend advies dat hij had gevraagd, op zich liet wachten.

De door het FMO aangestelde deskundigen hebben op **17 januari** ... hun eindverslag overgemaakt. Het oftalmologisch verslag van dokter ... is in het eindverslag (stuk 4 FMO) als volgt samengevat: *“Op basis van de beschikbare gegevens, verklaart Dr. ... zich niet akkoord met de door dr. ... en dr. ... vooropgestelde diagnose (te weten visusdaling aan het rechteroog ten gevolge van een preretinaal membraan en vitreomaculaire tractie) en dus evenmin met de hiervoor op 5 oktober ... uitgevoerde interventie (i.e. vitrectomie en peeling van de membrana limitans interna) door dr. ... samen met dr. ....*

*De OCT-beelden zijn typerend voor maculair oedeem doch niet voor preretinale fibrose, noch voor vitreomaculaire tractie. Bij maculair oedeem is etiologische diagnostiek aangewezen (vb. met fluoangiografie, welke niet uitgevoerd werd) en deze pathologie wordt niet behandeld met vitrectomie en peeling. Deze onnauwkeurig geïndiceerde vitrectomie resulteerde in complicaties en heroperaties met blijvende schade aan het rechteroog tot gevolg.*

---

3. De rechtbank onderlijnt.

*Naast bovenbeschreven problematische indicatiestelling voor de vitrectomie de dato 5 oktober ... wordt ook opgemerkt dat dhr. ... wegens complicaties van deze interventie uiteindelijk tot achtmaal toe geopereerd werd door dr. .... Het was aangewezen dat dr. ... betrokkene eerder doorverwezen had naar een meer ervaren collega. Dr. ... benadrukt dat de algemene kennis van OCT-beelden anno ... minder uitgebreid was dan in de huidige situatie. Doch dit ontslaat de betrokken artsen niet van de noodzaak voor verdere diagnostiek middels fluoangiografie. De onvolledige etiologische diagnostiek betreft een nalatigheid die resulteerde in een onjuist geïndiceerde vitrectomie met ernstige beschadiging van het rechteroog tot gevolg."<sup>4</sup>*

De deskundigen formuleerden volgende besluiten<sup>5</sup>:

○ Met betrekking tot de fout en de oorzaak van de schade:

*"• Bovenbeschreven schade bij dhr. ... (visusverlies rechteroog, chronische hoofdpijn, sociale en mentale impact) is het gevolg van de zorgverstrekking door dr. ..., dr. ... en dr. ....*

*• Betreffende de etiologische diagnostiek van de visusdaling ter hoogte van het rechteroog en de indicatiestelling voor vitrectomie hebben deze artsen niet lege artis gehandeld. Van een normaal vooruitziende en zorgvuldige arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden en rekening houdend met de stand van de wetenschap anno 2012 zou men verwachten dat deze aanvullend onderzoek uitgevoerd zou hebben (vb. fluoangiografie) alvorens het klachtenpatroon toe te schrijven aan vitreomaculaire tractie en hiervoor een chirurgische interventie te adviseren, dewelke in voorliggend geval niet geïndiceerd was;*

*• Aangaande de postoperatieve follow-up door dr. ... na de gecompliceerde partiële vitrectomie de dato 5 oktober ... dient besloten te worden dat deze laattijdig, in casu pas na de achtste chirurgische interventie verwees naar een mogelijk meer ervaren arts. Dergelijke laattijdige verwijzing is een onzorgvuldigheid en op dat moment bleek beperking van de reeds opgelopen schade helaas niet meer mogelijk. Van een normaal zorgvuldig en vooruitziend oogarts geplaatst in dezelfde omstandigheden zou verwacht worden dat men betrokkene in maart ... verwezen zou hebben voor bijkomend advies en/of behandeling;*

*• Rekening houdend met de onjuiste indicatie voor de ingreep de dato 5 oktober ... kan niet anders dan besloten worden dat de vastgestelde schade en de vele heroperaties vermijdbaar waren. Dit kan niet beschouwd worden als een voorzienbare complicatie die inherent is aan een behandeling van het ziektebeeld waaraan betrokkene leed. Deze schade had vermeden kunnen worden indien men adequate diagnostische oppuntstelling uitgevoerd had en indien men geopteerd had voor een conservatievere benadering in de plaats van de uitgevoerde vitrectomie;"*

○ met betrekking tot de informatieverstrekking:

*"• In de beschikbare dossierstukken werd niet gedocumenteerd dat betrokkene voorafgaand aan de ingreep de dato 5 oktober ... geïnformeerd werd over de indicatiestelling, de mogelijke complicaties ervan en/of de mogelijke alternatieve therapeutische opties."*

---

4. De rechtbank onderlijnt.

5. De rechtbank onderlijnt.

- met betrekking tot de ernst van de schade:

*“• Bij klinisch onderzoek weerhouden we affunctionaliteit van het rechteroog (afwezige lichtperceptie), een onregelmatige rechterpupil en een divergente oogstand. Verder wordt geen relevante afwijking vastgesteld*

*• Het klachtenpatroon van dhr. ... wordt gedomineerd door blindheid van het rechteroog, chronische hoofdpijnklachten en socioprofessionele beperkingen. In dit kader vermeldt hij het sociaal handicaperend effect van de afwijkende oogstand, de onmogelijkheid om sportactiviteiten uit te voeren wegens tilverbod en de aanpassing van zijn professionele activiteiten (deeltijds aan 80 %, minder contact met derden, minder schermwerk).”*

- met betrekking tot de voorafbestaande toestand:

*“Cf. supra: de voorafbestaande myopie, astigmatisme en/of chronische roodheid van het rechteroog hebben niet op relevante wijze bijgedragen tot de vastgestelde schade. Deze voorafbestaande toestand zou niet geleid hebben tot bovenbeschreven schade in afwezigheid van de chirurgische interventie de dato 5 oktober ... (en/of de daaropvolgende ingrepen).”*

De FMO-deskundigen hebben de schade vervolgens gedetailleerd cijfermatig geëvalueerd. Zij weerhielden een blijvende ongeschiktheid van 30 %.

In dit eindverslag hielden de deskundigen rekening met een vraag vanwege het FMO over het tijdstip waarop de Oogartsen de Patiënt hadden moeten doorverwijzen. De FMO-deskundigen maken geen gewag van opmerkingen door verweerders.

12.

De raadsman van verweerders schreef de deskundigen aangesteld door het FMO op **17 januari ...** aan, stellende dat zijn opmerkingen op het voorverslag de deskundigen wegens een technisch probleem niet hadden bereikt. Hij verzocht hier alsnog op te antwoorden. De opmerkingen luidden<sup>6</sup>:

*“[...]*

*○ Dr. ... stelt met betrekking tot het verwijt dat een aanvullend angiografisch onderzoek had moeten uitgevoerd worden vooreerst terecht in vraag of dit wel met zekerheid tot een ander beleid had geresulteerd, en de schade dus had kunnen voorkomen.*

*Immers benadrukt hij dat, hoewel een aanvullend fluoro-angiografisch onderzoek inderdaad mogelijks een oedeem had kunnen aantonen, de ingreep desalniettemin noodzakelijk was. Op de OCT-beelden werd immers een epiretinaal membraan met tractie op het netvlies aangetoond, welke verwijderd diende te worden. Het toedienen van een injectie zou dit niet hebben kunnen realiseren, hoogstens zou in een latere fase, na het verminderen van het oedeem ten gevolge van de injecties, de ingreep eventueel in betere omstandigheden hebben kunnen plaatsvinden. De ingreep diende in elk geval hoe dan ook te worden ondergaan, met alle daaraan verbonden risico's tot gevolg.*

*Bovendien dient rekening gehouden te worden met het feit dat de diagnosestelling met behulp van OCT-beelden toen nog niet zo ver gevorderd was als nu.*

---

6. De rechtbank onderlijnt.

*Er kan derhalve geen sprake zijn van een zeker en vaststaand oorzakelijk verband tussen de mogelijke onvolledige diagnosestelling (door het niet uitvoeren van een aanvullend fluoro-angiografisch onderzoek) en de uiteindelijk opgetreden complicaties, daar deze complicaties even goed hadden kunnen optreden in het geval waar de diagnosestelling wel met behulp van aanvullend fluoro-angiografisch onderzoek geschiedde.*

*Een en ander berust overigens op een a posteriori beoordeling.*

*o Verder wijst dr. ... erop dat intra-vitreale injecties ook niet risicovrij zijn en deze techniek overigens ook pas wordt toegepast sedert ... en de ervaringen hiermee op het ogenblik van de feiten dan ook nog redelijk beperkt waren.*

*[...]*

*- Tenslotte wijst dr. ... erop dat wat het verwijt betreft dat de patiënt eerder doorverwezen had moeten worden, eveneens steunt op een a posteriori beoordeling, ingegeven door het uiteindelijke resultaat. [...]*

*Verder geef ik U ook de opmerkingen van dr. ..., vitreoretinaal chirurg die bijkomend in advies werd geroepen, mee:*

*o Deze arts-specialist trekt ten zeerste in twijfel dat bij elke macula pucker een fluoro-angiografie dient te worden uitgevoerd, [...] Hij is dezelfde mening toegedaan voor wat het uitvoeren van intravitreale injecties betreft. [...] Hij stelt tevens dat deze injecties overigens geen blijvend effect hebben indien het macula oedeem secundair is aan het epiretinaal membraan. [...]"*

De deskundigen aangesteld door het FMO antwoordden op **17 januari** ... dat het definitieve verslag eerder die dag al was overgemaakt en de opmerkingen om die reden geen deel van het verslag konden uitmaken. Bovendien waren de opmerkingen twee dagen na de reeds op verzoek van verweerders met twee weken verlengde termijn ontvangen.

De raadsman van verweerders drong aan stellende dat de vertraging te wijten was aan een technisch defect dat niet eerder opgemerkt was kunnen worden. Dat argument kon de deskundigen niet overtuigen, gelet op het feit dat de initiële termijn al uitzonderlijk lang was en die op verzoek dan nog was verlengd.

Het FMO toonde wel begrip en vroeg de deskundigen om alsnog rekening te houden met de opmerkingen van verweerders.

Op **12 februari** ... lieten de deskundigen weten dat zij de opmerkingen grondig hadden doorgenomen maar die geen aanleiding gaven tot een aanpassing van hun definitieve conclusies.

13.

Het FMO heeft vervolgens op **18 maart ...** het advies uitgebracht dat dokter ..., dokter ... en dokter ... niet hebben gehandeld zoals van een normaal zorgvuldig en vooruitziend handelend arts-specialist oftalmologie geplaatst in dezelfde omstandigheden kan worden verwacht. Het FMO stelde onder meer het volgende<sup>7</sup>:

- o met betrekking tot de diagnosestelling:

*“[...]”*

*In het voorjaar van 2012 consulteerde de heer ... dr. ... wegens inflammatie van beide ogen en visusdaling in het rechteroog. Na overleg met dr. ... en dr. ... werd vermoed dat zijn klachten veroorzaakt werden door maculair membraan of serosa centralis. Ter diagnostische oppuntstelling vond op 3 september ... een OCT plaats. Op 5 oktober ... voerden dr. ... en dr. ... een vitrectomie uit bij de heer ... [...]. Naar aanleiding van de tegensprekelijke expertise die in dit dossier werd georganiseerd verklaarde dr. ... dat de beslissing om deze ingreep uit te voeren genomen werd omdat de OCT aantoonde dat de klachten van de heer ... veroorzaakt werden door “een vitreo-maculair tractiesyndroom met een premaculair membraan van onbekende oorsprong.”*

*Net als de aangestelde deskundigen is het Fonds echter van oordeel dat deze redenering niet kan worden gevolgd. Volgens de deskundigen is op de OCT van 3 september ... louter maculair oedeem te zien. Het onderzoek wijst echter niet op de aanwezigheid van preretinale fibrose of vitreomaculaire tractie. Bijgevolg was bijkomende diagnostische oppuntstelling aangewezen om de oorzaak van het oedeem te achterhalen, alvorens een heelkundige ingreep uit te voeren. De deskundigen noteren hierover het volgende: [...]. Domeindeskundige dr. ... voegt hieraan toe dat een fluo-angiografie anno ... een essentiële diagnostische techniek was bij patiënten met maculair oedeem.[...]”*

- o met betrekking tot de indicatie voor de ingreep van 5 oktober ...:

*“Het Fonds stelt voorts dat er onvoldoende elementen voorliggen om te besluiten dat de ingreep van 5 oktober ... geïndiceerd was om de problematiek van de heer ... te behandelen. De arts beschikt over een zekere therapeutische vrijheid bij de behandeling van zijn patiënten. Deze vrijheid is echter begrensd: de arts mag slechts de middelen aanwenden die een normaal zorgvuldig en vooruitziend zorgverlener zou aanwenden in dezelfde omstandigheden. Bovendien moet een arts altijd inschatten of het therapeutisch nut of het voordeel van een bepaald onderzoek of een bepaalde behandeling opweegt tegen de kans op verwezenlijking van een risico. Staan die risico's buiten verhouding tot het beoogde doel, dan moet het uitvoeren van deze behandeling worden beschouwd als een onzorgvuldigheid in hoofde van de behandelende arts.*

---

7. Met onderlijning door de rechtbank en met weglating van voetnoten.

*Zoals reeds vermeld oordelen de aangestelde deskundigen dat uit de beschikbare onderzoeken en beeldvorming blijkt dat de heer ... in ... niet kampte met preretinale fibrose of vitreomaculaire tractie. In september ... toen de beslissing werd genomen om een vitrectomie uit te voeren, kon alleen maculair oedeem worden vastgesteld. Over deze aandoening noteren de aangestelde deskundigen het volgende:*

*“Bij maculair oedeem lijkt een etiologische oppuntstelling aangewezen om in de mate van het mogelijke de oorzaak hiervan te kunnen achterhalen en een adequate medicamenteuze behandeling in te stellen. Vast staat dat een maculair oedeem NIET behandeld wordt door vitrectomie met peeling van de membrana limitans interna.” (eigen onderlijning)*

*Net als de deskundigen concludeert het Fonds dan ook dat de vitrectomie de dr. ... en dr. ... op 5 oktober ... uitvoerden, onvoldoende geïndiceerd was. Een normaal zorgvuldig oftalmoloog zou op het ogenblik van de feiten geopteerd hebben voor een conservatieve (medicamenteuze) behandeling in plaats van voor een vitrectomie met peeling.”*

- met betrekking tot de nazorg:

*“[...] In het concrete geval werd de vitrectomie van 5 oktober ... verward door een beschadiging van de ooglenzen. Bijgevolg voerde dr. ... op 26 oktober ... een heringreep uit, waarbij hij de ooglenzen verving door een kunstlenzen. In de daaropvolgende periode trad er verschillende keren een netvliesloslating op. Ter behandeling voerde dr. ... nieuwe vitrectomieën uit op 20 december ..., 28 februari ..., 21 maart ..., 11 juli ..., 22 augustus ... en 12 december .... Hierna verwees hij de heer ... door naar dr. ..., oftalmoloog in het .... Indien een arts weet of behoort te weten dat (verdere) behandeling van de patiënt zijn kennis of kunde te boven gaat, dient hij deze patiënt door te verwijzen naar een (collega-)specialist die meer bekwaam is in de specifieke materie. Net als de aangestelde deskundigen is het Fonds van oordeel dat de doorverwijzing van de heer ... als laattijdig moet worden beschouwd.”*

Het FMO stelde verder vast dat de Patiënt blijvend behept is met een invaliditeit van 30 %, zodat de opgelopen schade voldoet aan de wettelijke voorwaarden van ernstige schade.



Aangaande het causaal verband tussen de weerhouden fouten en de opgelopen schade stelt het FMO:

*“In dit concrete geval is het Fonds van oordeel dat er een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid voorligt dat de schade van de heer ... zich niet zou hebben voorgedaan indien de vitrectomie van 5 oktober ... niet was uitgevoerd. De aangestelde deskundigen noteren hierover het volgende: “Rekening houdend met de onjuiste indicatie voor de ingreep de dato 5 oktober ... kan niet anders dan besloten worden dat de vastgestelde schade en de vele heroperaties vermijdbaar waren. Dit kan niet beschouwd worden als een voorzienbare complicatie die inherent is aan een behandeling van het ziektebeeld waaraan betrokkene leed. Deze schade had vermeden kunnen worden indien men diagnostische oppuntstelling uitgevoerd had en indien men geopteerd had voor een conservatievere benadering in de plaats van de uitgevoerde vitrectomie.” Bovendien vermeldt het deskundigenverslag dat de blindheid in het rechteroog, de divergente oogstand en de onregelmatigheid van de rechterpupil van de heer ... niet zouden zijn opgetreden zonder de ingreep van 5 oktober .... De deskundigen noteren dat “de voorafbestaande myopie, astigmatisme en/of chronische roodheid van het rechteroog [...] niet op relevante wijze bijgedragen [hebben] tot de vastgestelde schade.” Het Fonds oordeelt dan ook dat er voldoende zekerheid voorligt dat zowel de onzorgvuldige diagnose- en indicatiestelling als het uitvoeren van de niet-geïndiceerde vitrectomie de oorzaak zijn geweest van de ongeschiktheden en bijkomende heelkundige ingrepen en consultaties die voortvloeiden uit de vitrectomie van 5 oktober ...”*

Het FMO concludeerde dat de Oogartsen samenlopende fouten hadden gemaakt die dezelfde schade had veroorzaakt en zij bijgevolg *in solidum* aansprakelijk waren.

14.

Het FMO heeft dokter ..., dokter ... en dokter ... en ... op **18 maart ...** van zijn besluiten op de hoogte gesteld en hen uitgenodigd om een vergoedingsvoorstel over te maken. Bij gebrek aan reactie heeft het FMO een herinnering verzonden op **4 juli ....**

15.

Ingevolge het uitblijven van een reactie heeft het FMO op **7 februari ...** zelf aan de Patiënt een voorstel overgemaakt voor een vergoeding voor een bedrag van **207.040,85 EUR**. Na opmerkingen vanwege de raadsman van de Patiënt heeft het FMO zijn voorstel opgetrokken naar **239.464,13 EUR** en dit voorstel werd aanvaard op **8 maart ...** zodat het FMO op **29 maart ...** de overeengekomen vergoeding uitkeerde.

16.

Het FMO heeft ... bij brief van **21 juni ...** in gebreke gesteld tot terugbetaling van de uitbetaalde vergoeding, maar ... is daar niet op ingegaan.

Het FMO heeft verweerders gedagvaard in (samengevat) terugbetaling van de uitgekeerde vergoedingen en de expertisekosten, meer interesten en kosten.

Het FMO stelt zijn vordering als gesubrogeerde in de rechten van de Patiënt overeenkomstig artikel 30 Wet medische ongevallen in combinatie met de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener en het rechtstreekse vorderingsrecht van de benadeelde tegen de verzekeraar van de aansprakelijke overeenkomstig artikel 150 Wet Verzekeringsrecht.<sup>8</sup>

---

8. Wet betreffende de Verzekeringen van 04.04.2014.

17.

... is vrijwillig tussengekomen in de procedure en stelt zijn vordering eveneens als gesubrogeerde in de rechten van de Patiënt, ingevolge uitbetaling van uitkeringen en terugbetaling van medische kosten.

...

## V. Gegrondheid

### 1. Relevante bepalingen Wet medische ongevallen

19.

De voorwaarden die moeten zijn vervuld opdat het FMO tot vergoeding overgaat zijn onder meer vastgelegd in artikel 4 van de Wet medische ongevallen:

*“Het Fonds vergoedt het slachtoffer of zijn rechthebbenden overeenkomstig het gemeen recht:*

*1° wanneer de schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;*

*2° wanneer het Fonds oordeelt of wanneer vaststaat dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt door een verzekeringsovereenkomst;*

*3° wanneer het Fonds oordeelt dat de schade veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener en wanneer deze of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid betwist, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;*

*4° wanneer de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds kennelijk ontoereikend vindt.”<sup>9</sup>*

Artikel 5 bepaalt wat verstaan wordt onder “ernstige schade”:

*“De schade is ernstig genoeg indien aan één van de volgende voorwaarden is voldaan:*

*1° de Patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25 % of meer;*

*2° de Patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden;*

*3° de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de Patiënt;*

*4° de Patiënt is overleden.”<sup>10</sup>*

Artikel 17 bepaalt inzake de procedure bij het FMO<sup>11</sup>:

*“§ 1 Het Fonds kan een beroep doen op gespecialiseerde beroepsbeoefenaars om precieze informatie te krijgen over een specifieke medische aangelegenheid.*

*§ 2 Tenzij de aanvraag kennelijk onontvankelijk of ongegrond is, of tenzij alle partijen bij de procedure er afstand van doen, organiseert het Fonds een tegensprekelijke expertise, indien er ernstige aanwijzingen zijn dat de schade de graad van ernst bedoeld in artikel 5 bereikt.*

---

9. De rechtbank onderlijnt.

10. De rechtbank onderlijnt.

11. Versie vóór de wetwijziging bij art. 121 Wet 18.05.2022 (B.S. 30.05.2022 (ed.1)).

*Het Fonds wijst in dit geval een onafhankelijk expert of, indien dit verantwoord is, een college van experts aan.*

*In de andere gevallen kan het Fonds een dergelijke expertise organiseren.*

*Het Fonds volgt het verloop van de expertise op en ziet er met name op toe dat het tegensprekelijke karakter ervan in acht wordt genomen.*

[...]”<sup>12</sup>

Artikel 24 luidt:

*“Het advies van het Fonds bindt noch de aanvrager, noch de betrokken zorgverleners en hun verzekeraars, noch, in voorkomend geval, de rechter.”*

## **2. FMO expertise**

20.

Verweerders bekritisieren de bewijswaarde van de expertise die het FMO organiseerde en zijn van mening dat het deskundigenverslag slechts een begin van bewijs levert. Zij stellen dat het een gekend gegeven is dat de standpunten van de raadsartsen van de betrokken zorgverlener terzijde worden geschoven, louter omdat die eenzijdig zijn opgesteld. Verweerders menen dat de verslagen van hun raadsartsen minstens als begin van bewijs kunnen dienen dat de FMO-expertise onvolledig dan wel niet correct is hetgeen de organisatie van een gerechtelijke expertise rechtvaardigt.

Specifiek betreffende de voorliggende zaak menen verweerders dat er nog geen tegenspraak werd gevoerd over *“belangrijke argumenten à décharge”* in het verslag van 6 maart ... van dokter ... van wie zij benadrukken dat hij vitreo-retinaal chirurg is. Verweerders menen ook dat er een gebrek aan tegenspraak was, omdat de deskundigen slechts op aandringen van het FMO hebben geantwoord op de opmerkingen van verweerders op het voorverslag en zij deze opmerkingen bovendien zonder motivering van de hand hebben gewezen. Verweerders verwijten de deskundigen niet te zijn willen ingaan op de volgens hen cruciale vraag welke handelingen een meer ervaren arts na doorverwijzing dan wel had moeten stellen die het ontstaan van de complicaties hadden kunnen voorkomen of verminderen.

21.

De Wet medische ongevallen schrijft voor dat het FMO de expertise organiseert. Het FMO heeft hierin een motorfunctie, maakt zelf de keuze van de deskundige(n) en bepaalt zelf de omschrijving van de opdracht.

De expertises georganiseerd door het FMO hebben niet *ipso facto* dezelfde waarde als een gerechtelijke expertise. De wet bepaalt dit niet. De voorbereidende werken van de Wet medische ongevallen vermelden trouwens dat de expertise slechts dezelfde waarde heeft als een gerechtelijke expertise, indien het FMO een onafhankelijk expert aanstelt die bevoegd is in de materie waaronder de schade thuishoort, en het waakt over het goede verloop van de expertise en het tegensprekelijk karakter daarvan (zie Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp, [www.dekamer.be](http://www.dekamer.be), p. 59).

---

12. De rechtbank onderlijnt.

Het FMO beslist overigens niet, het *adviseert* enkel. Indien de aanvrager zich niet kan vinden in het advies van het FMO betreffende de al dan niet uitkering van een vergoeding, is er verhaal mogelijk bij de bodemrechter die volle rechtsmacht heeft. Hetzelfde geldt voor de betrokken zorgverlener en zijn verzekeraar. Het advies van het FMO bindt hen niet.

Artikel 24 van de Wet medische ongevallen bepaalt immers uitdrukkelijk dat het advies van het FMO niet bindend is. In elke gerechtelijke procedure kunnen de rechtbanken de bewijswaarde van de voorafgaandelijk door het FMO georganiseerde expertise(s) volledig vrij beoordelen; deze zijn, net zoals het advies van het FMO zelf, niet bindend voor de rechtbank (zie ook rechtbank Brussel (Fr.) 20.03.2017, *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 17/18, p. 122, noot W. BUELENS). De rechtbank kan, indien zij dit noodzakelijk acht, zelf ook nog een gerechtsdeskundige aanstellen.

De rechtbank herinnert er verder aan dat de besluiten van een *gerechtelijke* expertise evenmin bindend zijn voor de rechter.

De bewijswaarde van een deskundigenonderzoek, of het nu georganiseerd wordt door het FMO of door de rechtbank, wordt bepaald door meerdere componenten. Uiteraard zijn procedurele aspecten, zoals de onpartijdigheid en onafhankelijkheid van de deskundige(n) en het respect van het recht op tegenspraak, daarbij van belang, maar ook de kwaliteit van het onderzoek op zich, van de besluitvorming en van de verslaggeving.

22.

Het FMO heeft na in een eerste fase een eenzijdige expertise te hebben doen uitvoeren, geoordeeld dat het om ernstige schade ging en het raadzaam was om een in de zin van de Wet medische ongevallen tegensprekelijke expertise te organiseren. Het FMO voert terecht aan dat het zodoende gebruik heeft gemaakt van zijn wettelijke bevoegdheid bij de organisatie van de expertise en de aanstelling van gespecialiseerde beroepsbeoefenaars.

23.

Samen met het FMO stelt de rechtbank vast dat verweerders de mogelijkheid om (één van) de deskundigen te wraken niet hebben benut noch ten gepaste tijde opmerkingen hebben geformuleerd met betrekking tot hun aanstelling.

Er zijn geen aanwijzingen dat de deskundigen aangesteld door het FMO niet onpartijdig of niet onafhankelijk zouden hebben opgetreden. Verweerders voeren overigens geen ernstige argumenten daartoe aan. Verweerders werden correct uitgenodigd op de expertisезitting en werden correct vertegenwoordigd/bijgestaan door hun raadsarts/raadsman. Er was een ruime termijn toegekend voor het formuleren van opmerkingen op het voorverslag. Op verzoek van verweerders werd die termijn dan nog eens met 14 dagen verlengd. Dat de deskundigen aanvankelijk weigerden om in te gaan op de toch nog laattijdig ontvangen opmerkingen, is dan ook niet verwonderlijk. ... is trouwens zeer goed op de hoogte van de mogelijke gevolgen van het laattijdig meedelen van opmerkingen op het voorverslag in de expertises die het FMO organiseert. In die optiek zou men verwachten dat verweerders zich van de ontvangst ervan door de deskundigen zouden hebben verzekerd nu die opmerkingen maar werden overgemaakt op de laatste dag van de verlengde termijn.

Het valt ook op dat die opmerkingen, hoewel ze waren toegeschreven aan de raadsartsen, niet vergezeld gingen van enig door de betrokken raadsartsen opgesteld verslag. Nochtans had dokter ... de expertise zelf gevolgd. Die opmerkingen zijn op zich genomen ook niet erg overtuigend: dokter ... stelt dat de "complicaties" even goed hadden kunnen optreden na een fluo-angiografisch onderzoek en lijkt hiermee een paar stappen in het chronologisch proces van de opeenvolgende ingrepen over te slaan en voorbij te gaan aan de oorzaak van die "complicaties". Hij moet alleszins ook erkennen dat het toedienen van injecties het oedeem had kunnen verminderen waardoor een latere ingreep in betere omstandigheden had kunnen verlopen. De opmerking over het tijdstip van doorverwijzing hebben de FMO-deskundigen beantwoord in hun eindverslag. Dokter ... en dokter ... zeggen dat intra-vitreale injecties niet risico-vrij zijn, maar duiden die zogenaamde risico's niet. Beide artsen hebben het over de risico's van alternatieve behandelingen waarvoor geen indicatie voorlag, maar lijken te vergeten dat het net één van de punten van kritiek is dat de verwerende Oogartsen geen zorgvuldige indicatiestelling hebben uitgevoerd vooraleer over te gaan tot toch wel ingrijpende heelkunde.

Het gegeven dat de FMO-deskundigen hun besluiten na grondige lezing van de opmerkingen van verweerders niet wijzigden en dit standpunt niet verder motiveerden, doet in de gegeven omstandigheden evenmin vragen rijzen over hun neutraliteit, objectiviteit of deskundigheid.

24.

De rechtbank stelt ook vast dat de bevindingen van dokter ... en dokter ... volledig in de lijn liggen van de bevindingen van professor dokter .... Zij werd weliswaar aangesteld in een eenzijdige expertise, *versus* een in de zin van de Wet medische ongevallen tegensprekelijke expertise, maar het gaat nog steeds om een expertise die het FMO organiseert binnen het kader van zijn wettelijke bevoegdheid door een onafhankelijk en onpartijdig expert, zonder enige vooringenomenheid, zonder enige inmenging van derden en zonder enig belang om het standpunt van deze of gene partij te ondersteunen. De bevindingen die het resultaat zijn van dergelijke expertise hebben in principe daardoor een grotere bewijswaarde dan de eenzijdig op vraag van een partij opgemaakte verslagen, bovendien na kennisname van het verslag van de FMO-deskundigen en het FMO-advies.

25.

De bewering dat de eenzijdig, na FMO-expertise en na FMO-advies opgemaakte verslagen van dokter ... op 6 maart ... en dokter ... op 31 juli ... *dezelfde* bewijswaarde zouden hebben als het verslag van de tegensprekelijke FMO-expertise, is een stelling die om voorgaande redenen niet kan worden gevolgd. Deze laatste verslagen zijn de vrucht van een eenzijdige analyse, uitgaande van artsen specifiek aangezocht door verweerders. Zo creëren zij de perceptie louter te zijn opgesteld om het standpunt van de FMO-experten te weerleggen, nu dit voor verweerders nadelig uitdraaide.

26.

Ten slotte biedt onderhavige gerechtelijke procedure gelegenheid tot verdere tegenspraak over de voorliggende stukken, met inbegrip van de adviezen van dokter ... en dokter .... Hierna wordt verder ingegaan op de eventuele inhoudelijke relevantie van de opmerkingen van dokter ... en dokter ....

27.

Zoals gezegd, organiseerde het FMO twee expertises, eerst een eenzijdige en dan een tegensprekelijke expertise. Het FMO handelde binnen zijn wettelijke bevoegdheid. De door het FMO aangestelde deskundigen zijn stuk voor stuk gespecialiseerde beroepsbeoefenaars. Hun verslagen geven blijk van een grondige studie van de *casus* en zijn goed onderbouwd. De rechtbank ziet voornamelijk geen redenen om de FMO-expertise zonder meer terzijde te schuiven.

### **3. Fouten/nalatigheden**

#### *a) Diagnose*

28.

Het FMO voert aan dat dokter ... en dokter ... niet volgens de regels van de kunst hebben gehandeld bij de diagnosestelling van de Patiënt. Deze discussie behelst vooral de vraag of de Patiënt (louter) leed aan een maculair oedeem dan wel of er ook sprake was van een vitreo-maculair tractiesyndroom zoals verweerders voorhouden.

29.

Verweerders stellen correct dat het stellen van een verkeerde diagnose niet *per se* een fout uitmaakt. Maar dat neemt niet weg dat de arts wel alle redelijke inspanningen moet leveren om tot een correcte diagnose te komen, hetgeen hier niet blijkt te zijn gebeurd.

Het FMO doet opmerken dat de literatuur waarnaar dokter ... verwijst, bevestigt dat een fluoangiografie behoort tot de onderzoeken die worden uitgevoerd vooraleer tot een vitrectomie over te gaan.

30.

Volgens professor dokter ... toonde de OCT-scan gemaakt op 3 september ... vooral een maculair oedeem en was er slechts een beperkt maculair membraan, maar was de diagnosestelling nogal slordig:

*“Een fors maculair oedeem werd vastgesteld op OCT-beelden in ... hoewel er al klachten waren in ... van lokale ontsteking. Bij daling van de visus naar 0.4 met correctie rechteroog werd aandacht besteed aan het posterieur segment en werd een fors maculair oedeem gevonden. Bijkomende onderzoeken naar de etiologie werden niet gedaan. Er werd geen fluoangiografisch onderzoek uitgevoerd om eventuele teleangiëctasieën uit te sluiten of andere oorzaken voor lekkage van de bloedvaten in de regio van de macula. De preoperatieve opuntstelling is wat slordig uitgevoerd. De aanwezigheid van een beperkt maculair membraan op de limitans interna rechts heeft de Oogartsen doen besluiten op een vitreo-maculaire tractie. Wat een mogelijke oorzaak kan zijn (zie referentie hieronder) maar geassocieerd kan zijn met andere pathologie die niet uitgesloten werden, zoals eerder vermeld.”<sup>13</sup>*

---

13. De rechtbank onderlijnt.

31.

Dokter ... en dokter ... zijn het helemaal niet eens met de diagnosestelling van dokter ... en dokter ...<sup>14</sup>:

*“Op basis van de beschikbare gegevens, verklaart Dr. ... zich niet akkoord met de door dr. ... en dr. ... vooropgestelde diagnose [...] en dus evenmin met de hiervoor op 5 oktober ... uitgevoerde interventie (i.e. vitrectomie en peeling van de membrana limitans interna) door dr. ... samen met dr. ....*

*[...] Bij maculair oedeem is etiologische diagnostiek aangewezen (vb. met fluoangiografie, welke niet uitgevoerd werd) en deze pathologie wordt niet behandeld met vitrectomie en peeling.”<sup>15</sup>*

*“Bij maculair oedeem lijkt een etiologische oppuntstelling aangewezen om in de mate van het mogelijke de oorzaak hiervan te kunnen achterhalen en een adequate medicamenteuze behandeling in te stellen. Van enige vitreomaculaire tractie is op de ons toegeleverde OCT-beelden evenmin iets te merken. [...] Wij zijn dus eigenlijk de mening toegedaan dat het probleem van de visusdaling aan het RO onvoldoende is uitgewerkt en dat men nogal snel besloten heeft om patiënt door te sturen naar een vitreoretinaal chirurg.”*

*“De OCT-beelden zijn typerend voor maculair oedeem doch niet voor preretinale fibrose, noch voor vitreomaculaire tractie. Bij maculair oedeem is etiologische diagnostiek aangewezen (vb. met fluoangiografie, welke niet uitgevoerd werd) en deze pathologie wordt niet behandeld met vitrectomie en peeling. Deze onnauwkeurig geïndiceerde vitrectomie resulteerde in complicaties en heroperaties met blijvende schade aan het rechteroog tot gevolg.”*

*“• Betreffende de etiologische diagnostiek van de visusdaling ter hoogte van het rechteroog en de indicatiestelling voor vitrectomie hebben deze artsen niet lege artis gehandeld. Van een normaal vooruitziende en zorgvuldige arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden en rekening houdend met de stand van de wetenschap anno ... zou men verwachten dat deze aanvullend onderzoek uitgevoerd zou hebben (vb. fluoangiografie) alvorens het klachtenpatroon toe te schrijven aan vitreomaculaire tractie en hiervoor een chirurgische interventie te adviseren, dewelke in voorliggend geval niet geïndiceerd was;”*

*“In dergelijke gevallen hadden we toch ook een fluoangiografisch beeld verwacht, maar voor zover wij hebben kunnen nagaan en zoals tijdens de zitting besproken geweest is, heeft men het toen niet nuttig geacht om een fluoangiografie uit te voeren. Bij maculair oedeem lijkt een etiologische oppuntstelling aangewezen om in de mate van het mogelijke de oorzaak hiervan te kunnen achterhalen en een adequate medicamenteuze behandeling in te stellen.”<sup>16</sup>*

32.

Het FMO merkt pertinent op dat hun medische afdeling erop wijst dat adherentie van het glasvocht niet gelijkstaat met tractie aan het netvlies en integendeel een normaal gegeven is bij jonge gezonde personen. Het is in diezelfde zin dat dokter ... wijst op de risico's van een vitrectomie bij een jonge persoon, die een vrij visceus vitreum heeft in tegenstelling tot een oudere persoon waarbij het vitreum meer vloeibaar is. (bijlage bij stuk 4 FMO)

---

14. De rechtbank onderlijnt.

15. De rechtbank onderlijnt.

16. De rechtbank onderlijnt.

33.

Dat de deskundigen aangesteld door het FMO geen volledig onderzoek van het dossier deden, omdat ze niet verwezen naar de eerste OCT-scan van 13 april ... is een niet relevant argument. Als er op die OCT-scan al sprake zou zijn geweest van enige vitreomaculaire tractie, was dat normaliter zeker het geval geweest op de latere OCT-scans van augustus en september ... hetgeen de FMO-deskundigen tegenspreken. Uit het medisch dossier en meer bepaald de nota's van 13 april ... en de latere nota's in die periode van de behandelende oogarts blijkt alvast geen vaststelling van vitreomaculaire tractie of netvliesloslating op basis van een OCT-scan van 13 april ... (zie p. 1 stuk 1 verweerdens). Dokter ... spreekt zelfs van een netvliesloslating op de beelden van april en augustus ... hetgeen de vraag doet rijzen hoe het komt dat een dergelijk ernstige aandoening als een netvliesloslating destijds niet door de betrokken Oogartsen in het medisch dossier zou zijn genoteerd. Het is tevens frappant dat dit maar opduikt in de brief van dokter ... van 6 maart .... De eigenlijke (eerste) netvliesloslating gebeurde volgens de stukken integendeel tijdens de eerste ingreep van 5 oktober .... Ten slotte, zo de deskundigen geen kennis hadden van die bewuste en thans zo belangrijk geachte OCT-scan van 13 april ... stelt zich de vraag waarom hij niet in het medisch dossier zat dat door de Oogartsen werd aangeleverd.

34.

Het numerieke argument dat vijf Oogartsen de vitreomaculaire tractie bevestigen, overtuigt geenszins; die artsen lijken die mening al te zeer te verkondigen "*pour les besoins de la cause*", of anders gezegd, omdat het de zaak van verweerdens ten goede komt.

35.

Dat er naast het maculair oedeem een premaculair membraan kon worden vastgesteld op de OCT-scans, wordt door geen van de betrokkenen betwist, maar om op basis daarvan te gewagen van een vitreomaculaire tractie of zelfs een netvliesloslating is een sprong die verweerdens louter *post factum* maken. Professor dokter ... naar wie verweerdens in dit verband wijzen, heeft het over een mogelijke oorzaak, maar is tezelfdertijd heel stellig dat andere pathologieën dienden te worden uitgesloten.

Het opnameverslag van 5 oktober vermeldt overigens klaar en duidelijk een maculair oedeem en niet vitreomaculaire tractie en al zeker niet netvliesloslating als reden van opname. Het niet overtuigende argument van verweerdens dat het om een materiële vergissing zou gaan, heeft iets wanhopigs en zou, indien correct, niet van aard zijn om vertrouwen in te boezemen wat betreft de nauwkeurigheid van de betrokkenen. Het opnameverslag van 20 december ... vermeldt overigens wel een netvliesloslating bij de reden van opname.

36.

De rechtbank schaaft zich om alle voorgaande redenen achter het standpunt van het FMO dat de diagnosestelling niet gedaan werd volgens de regels van de kunst.



b) *Indicatiestelling*

37.

De rechtbank is het verder eens met het FMO dat de indicatiestelling voor de vitrectomie die op 5 oktober ... bij de Patiënt werd uitgevoerd, niet gebeurde zoals mag worden verwacht van normaal zorgvuldige en vooruitziende arts-specialisten in de oftalmologie, geplaatst in dezelfde omstandigheden. Hiervoor is immers duidelijk geworden dat er geen afdoende objectieve elementen voorlagen om tot een vitrectomie te beslissen.

De FMO-deskundigen stellen hierover:

*“Op basis van de beschikbare gegevens, verklaart Dr. ... zich niet akkoord met de door dr. ... en dr. ... vooropgestelde diagnose [...] en dus evenmin met de hiervoor op 5 oktober ... uitgevoerde interventie (i.e. vitrectomie en peeling van de membrana limitans interna) door dr. ... samen met dr. ....*

*[...] Bij maculair oedeem is etiologische diagnostiek aangewezen (vb. met fluoangiografie, welke niet uitgevoerd werd) en deze pathologie wordt niet behandeld met vitrectomie en peeling. Deze onnauwkeurig geïndiceerde vitrectomie resulteerde in complicaties en heroperaties met blijvende schade aan het rechteroog tot gevolg.”<sup>17</sup>*

*“[...]*

*Van een normaal vooruitziende en zorgvuldige arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden en rekening houdend met de stand van de wetenschap anno ... zou men verwachten dat deze aanvullend onderzoek uitgevoerd zou hebben (vb. fluoangiografie) alvorens het klachtenpatroon toe te schrijven aan vitreomaculaire tractie en hiervoor een chirurgische interventie te adviseren, dewelke in voorliggend geval niet geïndiceerd was;”<sup>18</sup>*

*“[...]*

*• Rekening houdend met de onjuiste indicatie voor de ingreep de dato 5 oktober ... kan niet anders dan besloten worden dat de vastgestelde schade en de vele heroperaties vermijdbaar waren. [...] Deze schade had vermeden kunnen worden indien men adequate diagnostische oppuntstelling uitgevoerd had en indien men geopteerd had voor een conservatievere benadering in de plaats van de uitgevoerde vitrectomie;”<sup>19</sup>*

*“• Betreffende de etiologische diagnostiek van de visusdaling ter hoogte van het rechteroog en de indicatiestelling voor vitrectomie hebben deze artsen niet lege artis gehandeld. Van een normaal vooruitziende en zorgvuldige arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden en rekening houdend met de stand van de wetenschap anno ... zou men verwachten dat deze aanvullend onderzoek uitgevoerd zou hebben (vb. fluoangiografie) alvorens het klachtenpatroon toe te schrijven aan vitreomaculaire tractie en hiervoor een chirurgische interventie te adviseren, dewelke in voorliggend geval niet geïndiceerd was;”<sup>20</sup>*

---

17. De rechtbank onderlijnt.

18. De rechtbank onderlijnt.

19. De rechtbank onderlijnt.

20. De rechtbank onderlijnt.

Het FMO wijst op de literatuur over de risico's die gepaard gaan met een vitrectomie en op de conclusie dat hiertoe maar mag worden overgegaan wanneer maximale medicamenteuze behandeling zonder resultaat blijft, hetgeen hier kennelijk niet het geval was. De risico-afweging is voor de betrokken Patiënt niet gebeurd. Verweerders betwisten dat de diagnose en de indicatie te snel werden bereikt, maar het loutere tijdsverloop tussen de consultatie van begin april en de ingreep volstaat niet om de conclusies van de deskundigen inzake een niet voldoende afgewogen/overwogen indicatiestelling te weerleggen. Evenzo wat het nemen van drie OCT-scans betreft of het feit dat de visusdaling progressief was. Dat er overleg plaatsvond is evenmin voldoende om tot een doordachte indicatiestelling te komen, nu dat overleg helemaal niet is gedocumenteerd.

38.

De rechtbank schaarft zich om voorgaande redenen achter het standpunt van het FMO dat de indicatiestelling niet gedaan werd volgens de regels van de kunst.

c) *Ingreep 5 oktober ...*

39.

Er zijn onvoldoende objectieve elementen om te besluiten dat de *lenstouch* die zich heeft voorgedaan bij de ingreep van 5 oktober ..., een fout of nalatigheid zou uitmaken. Bij lezing van de diverse standpunten en verwijzingen zou het (ook) om een complicatie kunnen gaan.

Dat een *lenstouch* een mogelijke complicatie is bij een vitrectomie, bevestigt nogmaals de noodzaak aan een adequate oppuntstelling van de diagnose en van de indicatie voor de gekozen ingreep. Het zich voordoen van deze complicatie had kunnen worden vermeden door niet onmiddellijk resoluut te gaan voor een vitrectomie. Het is deze complicatie die volgens de verslagen van de deskundigen aan de basis lag van de daaropvolgende ingrepen en complicaties.

d) *Nazorg*

40.

Ten slotte is de rechtbank het eens met het FMO en de door haar aangestelde deskundigen dat de reeks van op elkaar volgende belangrijke ingrepen blijk geeft van een zekere therapeutische hardnekkigheid.

Professor dokter ... zegt hierover:

*“Twee opeenvolgende majeure complicaties zijn opgetreden na elke operatie. Wat wel de vraag moet doen rijzen bij de chirurgen of zij dit geval nog aankunnen of dat zij best de patiënten zouden doorverwijzen naar een meer geroutineerde chirurg in dat gebied. Het zicht van de heer ... was rechts nog meetbaar tot 0.25 tot 20 februari .... Op dat ogenblik waren al drie uitgebreide operaties uitgevoerd zonder anatomisch herstel van de netvliesloslating. Het had toen het moment geweest om de heer ... naar een meer competente chirurg te hebben doorverwezen. De complicaties hebben zich nadien enkel opgestapeld met grote schommelingen van intraoculaire druk om uiteindelijk na 8 consecutieve operaties de patiënt alsnog te moeten doorverwijzen doch zonder mogelijkheid tot functioneel herstel. De therapeutische hardnekkigheid die duidelijk beschreven staat is niet ten goede gekomen voor de patiënt. Deze houding is ook niet goed te praten.”*

Dokter ... en dokter ... verwoorden het zo:

*“• Aangaande de postoperatieve follow-up door dr. ... na de gecompliceerde partiële vitrectomie de dato 5 oktober ... dient besloten te worden dat deze laattijdig, in casu pas na de achtste chirurgische interventie verwees naar een mogelijk meer ervaren arts. Dergelijke laattijdige verwijzing is een onzorgvuldigheid en op dat moment bleek beperking van de reeds opgelopen schade helaas niet meer mogelijk. Van een normaal zorgvuldig en vooruitziend oogarts geplaatst in dezelfde omstandigheden zou verwacht worden dat men betrokkene in maart ... verwezen zou hebben voor bijkomend advies en/of behandeling.”<sup>21</sup>*

41.

Verweerders trachten deze discussie te herleiden tot een discussie over het begrip “ervaring” en over de ervaring die dokter ... destijds al dan niet bezat. Dat is een zeer nauwe interpretatie van het standpunt van de FMO-deskundigen op dat vlak. De FMO-deskundigen doelden uiteraard niet alleen op de vereiste van een opgebouwde ervaring, maar ook op de vereiste expertise, specialisatie, kennisvergaring, intercollegiaal overleg, enz. Het spreekt voor zich dat na een aantal onbevredigende ingrepen binnen het kader van ... het aangewezen was om de Patiënt door te verwijzen naar een meer gespecialiseerde oogarts of praktijk van gespecialiseerde oftalmologen zoals in een academische setting. De verhoogde risico’s omwille van de relatief jonge leeftijd van de Patiënt, zijn myopie en de ontsteking, waarop verweerders wijzen, was een reden te meer om dat te doen. Na de ingrepen die dokter ... verrichtte, is de toestand wel gestabiliseerd, zeker toch wat het aanliggen van het netvlies betreft. Dat ook hij nog doorverwees naar professor dokter ..., een autoriteit op het vlak van oogchirurgie zoals verweerders aangeven, kan dokter ... alleen maar sieren, en valt te verklaren door het feit dat hij de *visus* na de vele voorgaande ingrepen niet kon herstellen, omwille van de schade aan de oogzenuw.

Een goede verstandhouding tussen Patiënt en arts is alleszins geen argument om hem niet door te verwijzen. Verweerders gaan er prat op dat de betrokken chirurg de Patiënt uiteindelijk heeft doorverwezen voor een tweede opinie. Dat is wel vreemd: de deskundigen noteerden op de expertiseczitting uit de mond van de Patiënt, die zijn relaas op een serene manier heeft gebracht en zich niet verwijtend opstelde, dat hij op eigen initiatief een consultatie bij dokter ... had georganiseerd en hij hem via het internet had gevonden.

Ook op dit vlak hebben de verwerende Oogartsen niet gehandeld zoals mag worden verwacht van normaal zorgvuldige Oogartsen, geplaatst in dezelfde omstandigheden.

---

21. De rechtbank onderlijnt.

#### 4. Schade in oorzakelijk verband

42.

Er kan geen discussie zijn dat de Patiënt ernstige schade heeft opgelopen ingevolge de ingrepen die hij heeft ondergaan bij de verwerende Oogartsen. De deskundigen aangesteld door het FMO vatten het zo samen:

*“• Bij klinisch onderzoek weerhouden we afunctionaliteit van het rechteroog (afwezige lichtperceptie), een onregelmatige rechterpupil en een divergente oogstand. Verder wordt geen relevante afwijking vastgesteld.*

*• Het klachtenpatroon van dhr. ... wordt gedomineerd door blindheid van het rechteroog, chronische hoofdpijnlachten en socioprofessionele beperkingen. In dit kader vermeldt hij het sociaal handicaperend effect van de afwijkende oogstand, de onmogelijkheid om sportactiviteiten uit te voeren wegens tilverbod en de aanpassing van zijn professionele activiteiten (deeltijds aan 80 %, minder contact met derden, minder schermwerk).”*

Het FMO stipt correct aan dat omwille van de equivalentieleer er geen selectie wordt gemaakt in de fouten die hebben bijgedragen tot de schade zoals deze zich concreet heeft voorgedaan.

De deskundigen zeggen:

*“De onvolledige etiologische diagnostiek betreft een nalatigheid die resulteerde in een onjuist geïndiceerde vitrectomie met ernstige beschadiging van het rechteroog tot gevolg.”<sup>22</sup>*

*“• Bovenbeschreven schade bij dhr. ... (visusverlies rechteroog, chronische hoofdpijn, sociale en mentale impact) is het gevolg van de zorgverstrekking door dr. ..., dr. ... en dr. ....”<sup>23</sup>*

*“Dergelijke laattijdige verwijzing is een onzorgvuldigheid en op dat moment bleek beperking van de reeds opgelopen schade helaas niet meer mogelijk.”<sup>24</sup>*

*“• Rekening houdend met de onjuiste indicatie voor de ingreep de dato 5 oktober ... kan niet anders dan besloten worden dat de vastgestelde schade en de vele heroperaties vermijdbaar waren. Dit kan niet beschouwd worden als een voorzienbare complicatie die inherent is aan een behandeling van het ziektebeeld waaraan betrokkene leed. Deze schade had vermeden kunnen worden indien men adequate diagnostische oppuntstelling uitgevoerd had en indien men geopteerd had voor een conservatievere benadering in de plaats van de uitgevoerde vitrectomie;”<sup>25</sup>*

Het causaal verband staat vast, wanneer de schade zich zonder de fouten niet zou hebben voorgedaan zoals deze zich concreet heeft voorgedaan. Met het FMO kan de rechtbank alleen maar vaststellen dat indien niet was geopteerd voor de niet geïndiceerde ingreep als de vitrectomie, de *lenstouch* niet zou zijn voorgevallen. Die *lenstouch* heeft als het ware een sneeuwbal- of domino-effect gehad, omdat die een heringreep noodzaakte die bovendien gecompliceerd was door de scheur in het lenzakje, waardoor de kunstlens suboptimaal moest worden geplaatst. Er volgden ontstekingen en recidive netvliesloslatingen.

---

22. De rechtbank onderlijnt.

23. De rechtbank onderlijnt.

24. De rechtbank onderlijnt.

25. De rechtbank onderlijnt.

43.

Misschien zou de Patiënt, mede gelet op zijn aandoening, op een gegeven moment in zijn leven inderdaad ooit een vitrectomie nodig hebben gehad. De noodzaak daarvan op het moment van de feiten is evenwel niet aangetoond. Dokter ... gaat onterecht uit van de niet door de deskundigen aanvaarde premisse dat het membraan tractie uitoefende op het netvlies. Maar zelfs dokter ..., uitgaande van een vitreomaculaire tractie, moest toegeven dat de ingreep in betere omstandigheden zou hebben kunnen plaatsvinden. (zie stuk 7 verweerders). Of er in dat geval ook schade zou zijn kunnen optreden, is eigenlijk hier niet relevant, omdat zoals het FMO opmerkt, die gebeurlijke en puur hypothetische schade niet het voorwerp uitmaakt van de vordering tot terugbetaling. Dat de schade in het voorliggend geval is opgetreden, staat vast. Dat er bij een toekomstige vitrectomie ook schade zou hebben kunnen optreden, is in feite louter speculatie. Ieder mens kan elke dag een lichamelijk letsel oplopen en dat risico is ook inherent aan elke operatie. Dat is niet de correcte denkoefening om een causaal verband vast te stellen. Mocht het causaal verband daarop afknappen, zou er nooit iemand aansprakelijk kunnen worden gehouden voor schade toegebracht aan een andere persoon.

De deskundigen hebben enige impact van de voorafbestaande toestand overigens uitgesloten: *“Cf. supra: de voorafbestaande myopie, astigmatisme en/of chronische roodheid van het rechteroog hebben niet op relevante wijze bijgedragen tot de vastgestelde schade. Deze voorafbestaande toestand zou niet geleid hebben tot bovenbeschreven schade in afwezigheid van de chirurgische interventie de dato 5 oktober ... (en/of de daarop volgende ingrepen).”<sup>26</sup>*

Het oorzakelijk verband is hiermee afdoende aangetoond.

### **5. Geen nieuw deskundigenonderzoek**

44.

De voorliggende elementen verschaffen de rechtbank gerechtelijke zekerheid dat de verwerende Oogartsen aansprakelijk zijn voor de schadelijke gevolgen van de ingrepen die de verwerende artsen hebben uitgevoerd op de Patiënt. De expertise die het FMO liet uitvoeren heeft zodoende zijn doel volledig bereikt. Het is niet nodig of opportuun om een nieuwe expertise te gelasten.

...

55.

De vordering van het FMO is bijgevolg gegrond.

### **2) Vordering**

56.

... vordert een bedrag van **25.552,05 EUR** voor medische uitgaven met betrekking tot elf ondergane ingrepen. ... beschouwt dit bedrag als provisioneel omdat er in de toekomst nog uitgaven voor medische zorgen zullen volgen.

---

26. De rechtbank onderlijnt.

De bezwaren van verweerders tegen de medische uitgaven die geënt zijn op het beweerdelijke gebrek aan oorzakelijk verband tussen het handelen van de Oogartsen en de kosten van de ingrepen, worden verworpen om dezelfde reden als hoger meermaals al verwoord. Het oorzakelijk verband is verworven, ook wat betreft de latere ingrepen verricht door dokter .... De deskundigen voorzagen een voorbehoud voor de toekomst voor diagnostiek en behandelingen aan het rechteroog en de medische staten worden door ... bijgebracht en de uitgevoerde behandeling omschreven. Al deze ingrepen kunnen worden beschouwd als een uitvloeisel van het oorspronkelijke schadegeval.

57.

Daarnaast vordert ... 23.450,90 EUR aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen voor de periode van 8 december ... tot 31 augustus ....

Verweerders betwisten concreet (enkel) het voor ... gevorderde bedrag van 8.666,57 EUR, stellende dat de uitkeringen voor opgenomen geboorteverlof geen oorzakelijk verband hebben met het schadegeval. Volgens verweerders dient dit bedrag daarom te worden herleid naar 7.864,84 EUR. Bij gebrek aan argumenten van ... om dit bedrag voor geboorteverlof te verantwoorden, wordt het bedrag herleid naar **7.864,84 EUR**, zodat het totaal van deze schadepost op **22.649,17 EUR** komt.

De vordering van ... is bijgevolg gedeeltelijk gegrond.

...

#### **OM DEZE REDENEN**

#### **DE RECHTBANK**

Stelt de toepassing vast van de bepalingen van de wet van 15 juni 1935 op het taalgebruik in gerechtszaken, zoals gewijzigd,

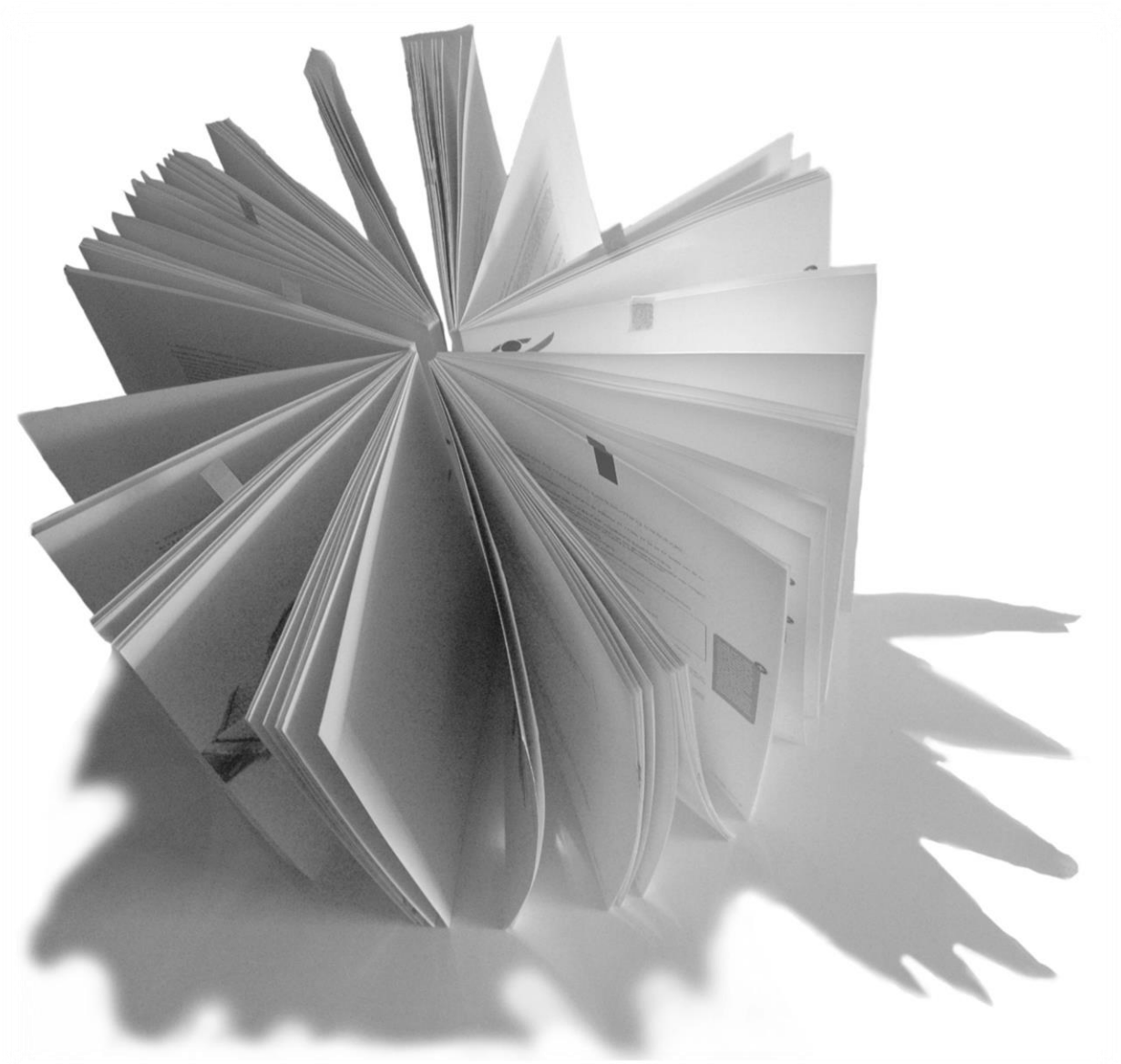
Spreekt recht in **eerste aanleg** en op **tegenspraak**,

\*

Verklaart de vordering van het FMO **ontvankelijk** en **gegrond** als volgt,

...

3<sup>e</sup> Partie  
Questions et réponses  
parlementaires



# I. Personnes inactives qui exercent une activité d'indépendant à titre complémentaire

Incapables de travailler en tant que salariés – Autorisation pour exercer une activité à temps partiel en tant qu'indépendant rémunéré – Augmentation

Question n° 15 posée le 20 février 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Monsieur le Représentant RASKIN<sup>1</sup>

Les personnes inactives, avec ou sans allocation de remplacement de revenus, peuvent, sous certaines conditions, continuer à exercer une activité d'indépendant à titre complémentaire.

Combien de personnes bénéficiaires d'une indemnité de maladie ou d'invalidité sont-elles restées indépendantes à titre complémentaire au cours des cinq dernières années ?

Pouvez-vous fournir des chiffres par année jusqu'en 2023 avec la répartition suivante :

- en fonction du type d'inactivité avec lequel l'activité d'indépendant à titre complémentaire a été combinée
- en fonction des revenus (par tranche) découlant de l'activité d'indépendant à titre complémentaire par type d'inactivité ?

## Réponse

Le tableau repris ci-après présente le nombre de titulaires salariés ayant, à la date du 31 décembre de l'année concernée, une autorisation en cours pour exercer une activité à temps partiel en tant qu'indépendant rémunéré, ventilé selon la période d'incapacité de travail (incapacité de travail primaire/incapacité de longue durée) et pour la période de 2018 à 2022. Il s'agit donc des titulaires qui sont devenus incapables de travailler en tant que salariés, mais qui exercent une activité à temps partiel en tant qu'indépendants rémunérés pendant la période d'incapacité de travail.

Il n'est cependant pas possible de savoir si cette activité en tant qu'indépendant était déjà exercée comme activité complémentaire avant le début de l'incapacité de travail.

Les statistiques pour l'année 2023 ne sont pas encore disponibles.

Nombre de titulaires salariés ayant l'autorisation d'exercer une activité à temps partiel en tant qu'indépendant rémunéré au 31 décembre de l'année concernée – ventilé par période d'incapacité de travail - 2018-2022.

	2018	2019	2020	2021	2022
Incapacité de travail primaire	813	1.010	624	947	1.099
Incapacité de travail de longue durée	3.296	4.207	4.684	5.677	6.601
<b>Total</b>	<b>4.109</b>	<b>5.217</b>	<b>5.308</b>	<b>6.624</b>	<b>7.700</b>

1. Bulletin n° 013, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 88.



Le nombre de titulaires salariés qui exercent une activité à temps partiel en tant qu'indépendants pendant la période d'incapacité de travail augmente significativement au cours de la période observée, tant pendant la période d'incapacité de travail primaire (+35,18 %) que pendant la période d'incapacité de travail de longue durée (+100,27 %).

La diminution en 2020 pendant la période d'incapacité de travail primaire est probablement en grande partie due à l'apparition de la pandémie de covid.

Une répartition supplémentaire selon l'activité professionnelle du titulaire est impossible pour le moment. Au cours de cette nouvelle législature, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) prendra l'initiative d'entamer des consultations avec l'Office national de sécurité sociale (ONSS), l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI) et la Banque-Carrefour afin d'obtenir des informations plus détaillées concernant, entre autres, l'activité professionnelle et le secteur de l'emploi.

## II. Disparités des indemnités d'incapacité de travail

Différences – Chômage contrôlé – Contrat de travail intérimaire – Période d'alignement de six mois – Coefficient de réduction – Mesure de garantie

Question n° 133 posée le 25 mars 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Monsieur le Représentant COURARD<sup>1</sup>

La législation actuelle relative aux indemnités d'incapacité de travail pour les travailleurs intérimaires et les demandeurs d'emploi révèle des différences notables en fonction de la situation professionnelle au moment de l'incapacité. En effet, selon que l'assuré soit en situation de chômage contrôlé ou sous contrat de travail intérimaire, les montants perçus peuvent varier considérablement.

À titre d'illustration, un travailleur intérimaire, lorsqu'il tombe en incapacité de travail après une période de chômage contrôlé, voit ses indemnités calculées sur la base du montant le moins avantageux entre 60 % de son salaire de base chômage et le barème chômage. Ce calcul entraîne un montant d'indemnité bien inférieur à celui perçu par un travailleur sous contrat intérimaire au moment de son incapacité. Ce dernier bénéficie en effet d'une indemnisation basée sur son salaire de référence plus élevé dès le début de l'incapacité et voit son indemnité réévaluée plus rapidement.

De plus, la réglementation actuelle prévoit une prise en compte du dernier salaire perçu seulement à partir du septième mois d'incapacité, ce qui peut engendrer des difficultés financières significatives pour les travailleurs intérimaires qui alternent fréquemment entre emploi et chômage.

1. Comment le gouvernement justifie-t-il ces écarts de traitement entre travailleurs intérimaires selon qu'ils soient en période de chômage ou en contrat au moment de leur incapacité ?
2. Existe-t-il des réflexions en cours pour harmoniser ces règles et éviter des disparités importantes dans les montants des indemnités perçus ?
3. Envisagez-vous une modification de la législation afin de garantir une meilleure prise en compte des périodes d'emploi antérieures, notamment en réduisant le délai de sept mois avant l'application du dernier salaire de référence ?
4. Quelles mesures pourraient être mises en place pour assurer une protection sociale plus équitable aux travailleurs précaires qui alternent fréquemment entre périodes de chômage et missions d'intérim ?

---

1. Bulletin n° 012, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 269.

5. Pouvez-vous communiquer le nombre de travailleurs intérimaires tombés en incapacité de travail durant leur période de chômage entre deux contrats ?

### Réponse

En ce qui concerne les assurés sociaux qui peuvent se prévaloir de la qualité de titulaire de l'assurance indemnités en qualité de chômeur contrôlé, la règle d'alignement/limitation des indemnités, visée à l'article 211, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est, de manière générale, d'application durant les six premiers mois de leur incapacité de travail.

Cette règle prévoit que le montant de l'indemnité d'incapacité primaire est, pendant les six premiers mois d'incapacité de travail, aligné sur le montant de l'allocation de chômage à laquelle l'assuré aurait pu prétendre s'il ne s'était pas trouvé en état d'incapacité de travail, sauf si le montant de l'allocation de chômage est plus élevé que le montant de l'indemnité d'incapacité primaire calculé sur le salaire perdu applicable avec, le cas échéant, une indemnité minimale garantie. Malgré la qualité de chômeur contrôlé, le salaire perdu résultant d'une occupation (p. ex. en tant qu'intérimaire) est toutefois prise en compte si celle-ci a pris fin dans les trente jours précédant le début de l'incapacité de travail.

Les mutualités appliquent ainsi cette règle générale d'alignement à tous les titulaires qui perçoivent des indemnités, sur base de leur qualité de chômeur contrôlé au début de leur incapacité de travail, quels que soient le statut (contrats intérimaires, temporaires ou saisonniers, flexi-jobs, travailleurs des arts, contrats à durée déterminée ou à durée indéterminée, etc.), la fréquence ou la durée de leur(s) occupation(s) salariée(s) dans les trente jours précédant la (dernière) période de chômage contrôlé.

Cette règle générale vise à empêcher le passage de l'assurance chômage à l'assurance indemnités pour des raisons d'opportunité ou des motifs purement financiers (la période d'alignement est limitée à six mois).

Je n'envisage actuellement pas de modification de la législation afin de réduire le délai de six mois d'alignement du montant des indemnités d'incapacité de travail sur celui des allocations de chômage. Dans le cadre de l'e-Gov 3.0, des réflexions sont en cours, dans une perspective d'uniformisation, sur la manière dont le salaire perdu est déterminé dans les différents secteurs de la sécurité sociale.

Je peux en outre vous communiquer que la rémunération perdue des travailleurs intérimaires est, de manière générale, déterminée de la même manière, pour tous les titulaires dont la dernière occupation salariée a été exercée dans le cadre d'un contrat de travail intérimaire (pour autant que cette occupation ait pris fin au plus tard dans les trente jours qui précèdent le début de l'incapacité de travail).

Dans ce cadre, les heures de travail ainsi que les heures assimilées (telles que les heures d'incapacité de travail ou de chômage contrôlé) sont bien prises en considération pour déterminer la rémunération perdue "travail" en tant que travailleur intérimaire. Le volume de travail ou assimilé justifié au cours d'une période de référence (son "taux d'occupation" sur la période de référence) permet ainsi de déterminer si un coefficient de réduction doit être appliqué et, le cas échéant, la valeur de ce coefficient de réduction.

Si un coefficient de réduction doit être appliqué (hypothèse 1), la rémunération perdue du travailleur intérimaire est, de manière générale, déterminée sur base de sa rémunération horaire et du nombre moyen d'heures de travail par semaine d'un travailleur de référence occupé, à temps plein, dans la même fonction. Dans cette hypothèse 1, la rémunération perdue du travailleur intérimaire est ainsi obtenue en multipliant la rémunération perdue à temps plein ainsi obtenue par le coefficient de réduction précité. Si aucun coefficient de réduction ne doit être appliqué (hypothèse 2), la rémunération perdue du travailleur intérimaire est, de manière générale, par contre déterminée (comme pour les autres contrats de travail avec rémunération horaire fixe) sur base de sa rémunération horaire et du nombre moyen d'heures de travail par semaine du (dernier) contrat de travail intérimaire.

Je peux, pour le surplus, vous communiquer qu'une mesure de garantie est, de manière générale, déjà d'application, en ce qui concerne la rémunération perdue à prendre en considération pour calculer les indemnités, pour les titulaires dont l'incapacité de travail dépasse six mois et qui sont reconnus incapables de travailler dans les deux ans qui suivent la fin de la période d'incapacité de travail antérieure de plus de six mois.

À la suite de votre question concernant le nombre de travailleurs intérimaires tombés en incapacité de travail durant leur période de chômage entre deux contrats, mon administration a interrogé le Collège Intermutualiste National. Le Collège Intermutualiste National a indiqué à cet égard qu'il n'est pas en mesure de communiquer cette donnée étant donné que les organismes assureurs ne connaissent pas le nombre de chômeurs liés par un contrat de travail intérimaire plus de trente jours avant le début de la période d'incapacité de travail reconnue.

### III. Traitements contre le cancer. - Innovations en oncologie

Nombre de demande de remboursement – Réforme des procédures de remboursement des médicaments – Critères d'évaluation

Question n° 137 posée le 27 mars 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante BURY<sup>1</sup>

1. a) Pouvez-vous fournir une vue d'ensemble de l'évolution de la disponibilité et du remboursement des immunothérapies et des traitements oncologiques innovants en Belgique ?  
  
b) Au cours des cinq dernières années, combien de médicaments oncologiques ont-ils été déclarés éligibles à un remboursement ?  
  
c) Parmi ces médicaments, combien ont-ils été effectivement remboursés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ?
2. Des études internationales ont démontré qu'un remboursement rapide (EMA+1) avait un impact significatif sur les chances de survie après un cancer, notamment :
  - une augmentation de 66 % de la durée de vie des patients
  - une augmentation de 63 % des chances de survie sans progression de la maladie
  - une diminution de 24 % des effets secondaires.

Quelles initiatives comptez-vous prendre pour permettre un accès plus rapide aux thérapies innovantes contre le cancer ?

3. Les critères de remboursement actuels sont souvent basés sur des paramètres cliniques classiques tels que le taux de survie global. Êtes-vous disposé à intégrer de nouveaux paramètres cliniques tels que les preuves empiriques (*real-world evidence*) et les biomarqueurs dans les décisions de remboursement ?

#### Réponse

1. J'ai examiné toutes les spécialités pharmaceutiques portant le code ATC L01 autrement dit, les agents antinéoplasiques. Cette classe ATC comprend toutes les immunothérapies et la plupart des traitements oncologiques allant de la chimiothérapie classique aux anticorps monoclonaux en passant par les thérapies géniques.

---

1. Bulletin n° 013, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 137.

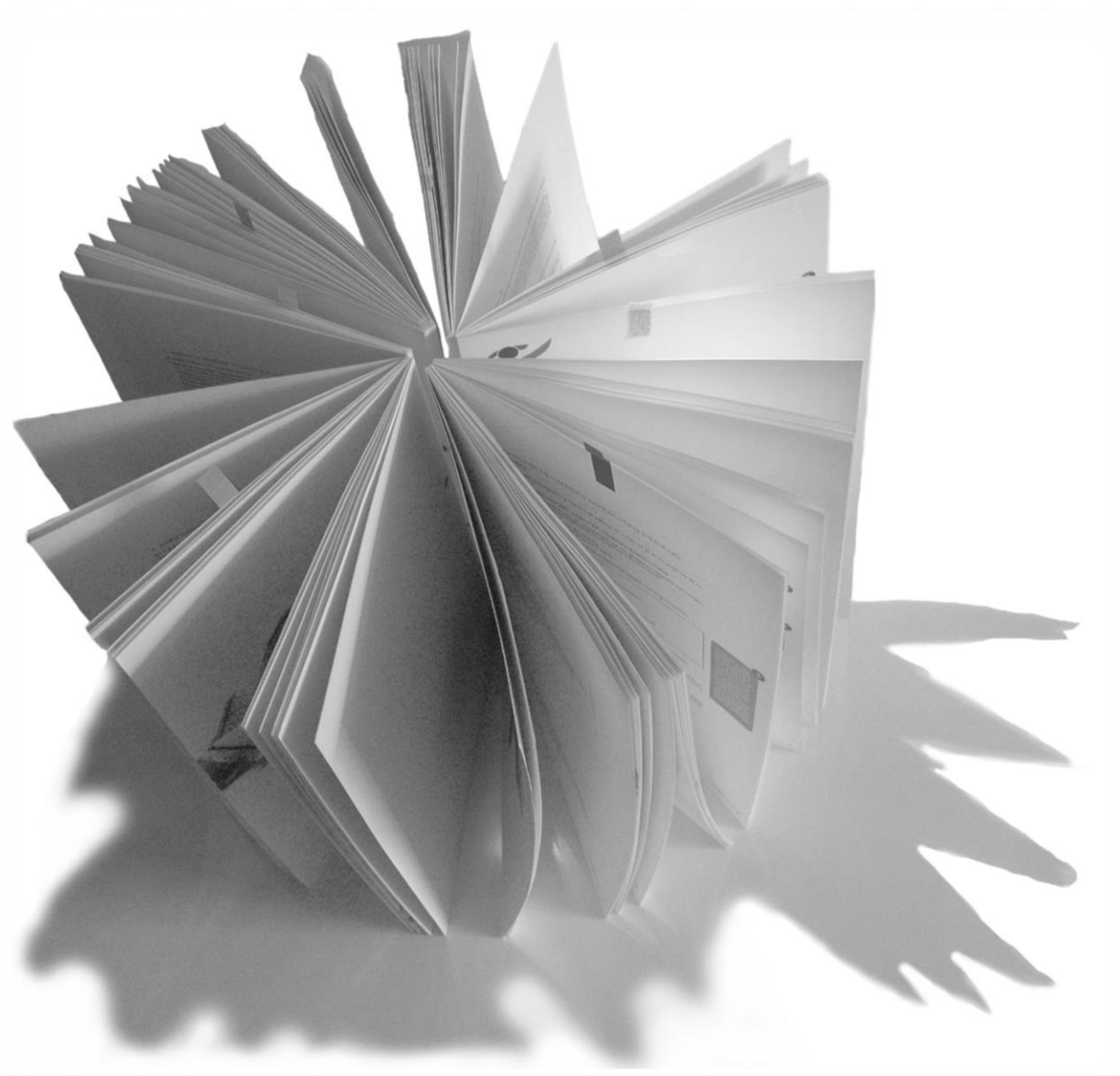
Au total, 116 médicaments portant le code ATC L01 ont fait l'objet d'une demande de remboursement au cours des cinq dernières années. À ce jour, 86 de ces médicaments ont été remboursés. Trois médicaments ont été remboursés par le passé et ne le sont plus aujourd'hui. Sept médicaments n'ont pas été remboursés. Un dossier invalide a été soumis pour un médicament et pour un autre, le dossier a été clôturé. Treize médicaments sont actuellement encore en cours de procédure. Pour cinq médicaments, le dossier a été retiré par le demandeur.

2. Je peux vous assurer que l'un des points forts de la réforme des procédures de remboursement des médicaments concerne l'accès précoce, rapide et durable aux thérapies prometteuses. À cette fin, un système est en cours d'élaboration qui permettra de prévoir une compensation pour les médicaments innovants pour lesquels il existe un besoin médical élevé avant que la Commission de remboursement des Médicaments n'ait formulé un avis sur leur admission au remboursement.
3. La survie globale et la survie sans progression sont en effet des critères d'évaluation classiques fréquemment utilisés dans les études cliniques randomisées classiques, contrôlées par placebo - de préférence avec un comparateur actif (le meilleur possible) - et qui sont donc également pris en compte lors de l'évaluation des nouvelles thérapies pour estimer la valeur thérapeutique ajoutée. Cependant, il est également vrai que les biomarqueurs et les preuves générées à partir des *Real World Evidence* (données du monde réel) occupent une place de plus en plus importante, par exemple en raison de la "personnalisation" de plus en plus précise des médicaments de précision.

La Commission de remboursement des Médicaments a déjà de l'expérience concernant l'utilisation des biomarqueurs et, comme vous le savez, la feuille de route adoptée lors de la précédente législature comprenait un chapitre important pour la mise en place d'une *Evidence platform*, dans laquelle la *Real World Evidence* doit se voir octroyer une place concrète. Je peux vous confirmer que je continuerai à suivre de près et à soutenir les travaux préparatoires de cette importante initiative.

# 4<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



# La procédure de fixation des revenus du ménage dans le cadre de l'application du maximum à facturer déterminé en fonction des revenus du ménage des bénéficiaires en application de l'article 16 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002 portant exécution du chapitre III*bis* et du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 14 juin 2022

Cette circulaire décrit la procédure de fixation des revenus du ménage dans le cadre de l'application du maximum à facturer (MAF) déterminé en fonction des revenus du ménage du bénéficiaire. Ce type de MAF est également appelé MAF revenus.

Dans le cadre de ce processus, la circulaire fixe les modalités et les délais pour l'échange de données entre le Service du contrôle administratif (SCA) et les organismes assureurs (O.A.). Un descriptif technique de cet échange de données est joint en annexe<sup>1</sup> de cette circulaire.

Jusqu'en 2011, les informations sur cet échange de données étaient reprises dans une circulaire précisant les modalités relatives à l'obligation de paiement ainsi que les délais pour la communication des données des O.A. aux assurés sociaux. Le deuxième volet fait désormais l'objet d'une circulaire distincte, à savoir la circulaire O.A. n° 2016/85 du 30 mars 2016.

**Cette circulaire et le document technique y afférent portent sur l'année MAF 2025.**

## 1. Introduction

Le système du maximum à facturer vise à améliorer l'accessibilité de l'assurance obligatoire des soins de santé en limitant les frais de soins de santé de tout ménage à un montant maximum déterminé. Ce montant maximum varie en fonction des revenus du ménage ou de la catégorie sociale dont il relève.

## 2. L'objectif du processus

La principale raison d'être de ce processus est de permettre l'octroi du maximum à facturer. Pour octroyer correctement le maximum à facturer, les organismes assureurs doivent, en principe, disposer des revenus de tous les ménages dont le membre aîné du ménage est affilié chez eux. Il est nécessaire de disposer des revenus du ménage pour les répertorier dans la catégorie adéquate.

---

1. Non publiée ici.



Parce que les O.A. ne peuvent pas obtenir ces informations directement du SPF Finances, ils communiquent la composition du ménage au SCA de l'INAMI. Sur la base des données de revenus, que le SCA obtient par le SPF Finances, la Cellule MAF de ce service communique aux O.A. les revenus du ménage et la catégorie MAF correspondante.

### 3. Description générale du processus

#### 3.1. Description du processus

Les grands axes de la procédure de fixation des revenus du ménage sont décrits dans l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Cette description se trouve à l'article 16 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002, modifié par l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 14 juin 2022.

Les O.A. tiennent à jour, par ménage, le montant total des quotes-parts personnelles en matière des frais de santé. Si ce montant total s'élève à 260,10 EUR, les organismes assureurs communiquent les données d'identification des membres du ménage concerné au SCA de l'INAMI<sup>2</sup>.

Les O.A. adressent également une demande pour les ménages dont les membres ont atteint 260,10 EUR en quotes-parts personnelles dans les frais de santé et pour lesquels le maximum à facturer social a été appliqué.

Après avoir reçu la composition des ménages, le SCA communique, via la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS), les données, relatives aux assurés sociaux concernés, au SPF Finances. En réponse, le SPF Finances communique, par le biais de la BCSS, les revenus fiscaux des personnes concernées au SCA (par exercice d'imposition et par membre du ménage) dans le Flux TAXI-AS. L'octroi du MAF se fait sur la base des revenus nets du ménage connus du SPF Finances.

Le SCA totalise les revenus par ménage et les classe dans une des 6 catégories (voir circ. O.A. n° 2025/3 du 09.01.2025 - Maximum à facturer. Exercice 2025 et le document technique en annexe). Le SCA transmet les résultats codés aux organismes assureurs. Les codes correspondent au plafond du ticket modérateur.

D'autres informations relatives aux revenus fiscaux des intéressés ne sont pas communiquées aux organismes assureurs. La communication par l'INAMI reste limitée à la catégorie codée à laquelle appartient le ménage concerné pour l'application du MAF revenus. La seule exception à la règle sont les cas décrits à l'article 19 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Si le SPF Finances signale qu'il ne possède pas d'informations concernant au moins un membre du ménage, le SCA communique le montant total des revenus des autres bénéficiaires composant le ménage.

Le traitement d'une année MAF s'étend sur trois années civiles. Une année MAF est clôturée 2 ans après l'année civile concernée, les attestations de soins donnés pouvant être introduites jusqu'à deux ans après la date de prestation des soins. Ainsi, les compteurs des tickets modérateurs pour l'année MAF 2025 seront arrêtés au 31 décembre 2027.

Ainsi, un(e) assuré(e) peut encore avoir droit au MAF en 2026 pour des prestations effectuées en 2025 et pour lesquelles il/elle envoie seulement aujourd'hui ses attestations à sa mutualité.

---

2. 142,93 EUR s'il s'agit d'un ménage bénéficiant (potentiellement) du MAF malades chroniques.

Au cours de ce processus s'étalant sur trois ans, les O.A. transmettent, à deux reprises, un feedback relatif à l'octroi du MAF : une première fois pour des ménages dont les revenus n'étaient pas (tout à fait) connus du SPF Finances et une deuxième fois dans le cadre de l'application des cas dignes d'intérêt. L'échange de données s'effectue par le biais de Carenet.

### 3.2. Utilisation du numéro de demande

Il s'agit d'un numéro unique permettant d'identifier la demande de l'O.A. pendant toute la période couverte par l'application du MAF. Autrement dit, deux enregistrements du même O.A. n'auront jamais le même numéro de demande et ce, même si ces 2 enregistrements se trouvent dans 2 fichiers différents. La structure de ce numéro est libre. La seule contrainte est qu'il doit être numérique.

Le numéro de demande reste maintenu pour un même ménage et ce, pour toutes les étapes de l'échange de données. Ainsi, au stade de la demande, de la réponse et, si nécessaire, du rejet ou du feedback, le numéro reste le même.

### 3.3. L'effet d'une mutation au cours d'un processus

Dans le cadre de l'échange de données, il n'est pas tenu compte de la mutation du demandeur MAF au cours du processus. Le service envoie le fichier de réponse à l'O.A. ayant transmis le fichier de demande. Les enregistrements (records) ne sont pas filtrés.

Les informations sur le MAF se trouvent dans le flux de mutation. (NOTE CIN MAF. Transmission inter-O.A. après mutation/transfert. Version 19.0 de mars 2024). En cas de mutation vers un autre O.A., l'ancien O.A. est tenu de transmettre ou de mettre toutes les informations à disposition de la nouvelle mutualité pour que celle-ci puisse continuer à appliquer le MAF.

### 3.4. Historique/modification de(s) NISS

Dans le cadre de l'échange de données, les informations contenues dans les fichiers ne changent pas en cas de modification du NISS du demandeur MAF ou d'un des membres du ménage. Le service transmet le NISS mentionné dans le fichier de demande à l'O.A. dans le fichier de réponse. Les enregistrements (records) ne sont pas modifiés.

Toutefois, l'O.A. est informé par courriel de la modification des NISS. La Cellule MAF traite ces cas lors du contrôle. Les collaborateurs sont informés de la modification d'un NISS via le Registre national et tiennent à jour les NISS modifiés. Ceux-ci sont régulièrement communiqués, par courriel, aux O.A. Le courriel donne un aperçu des NISS modifiés : le numéro de demande, l'ancien et le nouveau NISS.

## 4. Contexte actuel

En 2025, pour les personnes bénéficiant d'une protection temporaire, il y a lieu de se référer aux règles s'appliquant au MAF décrites dans la circulaire O.A. n° 2024/245<sup>3</sup> du 20 août 2024.

Elles sont distinctes selon si ces personnes sont arrivées en Belgique en 2022/2023 ou en 2024 ou encore si elles font partie d'un ménage dont certains membres ne bénéficient pas de cette protection temporaire.

---

3. Publiée dans le B.I. n° 2024/3.

## 5. Liste des ménages ayant payé des tickets modérateurs d'un montant de 260,10 EUR (demandes)

### 5.1. Transmission des données

Les O.A. doivent transmettre au SCA, pour le 31 mai 2025 au plus tard, leur premier flux de demandes pour l'année MAF concernée, à savoir l'année MAF 2025. Ensuite, ils envoient au moins 1 flux de demandes par mois. L'obligation de transmettre un flux par mois cesse d'exister au mois de décembre de l'année MAF +1. Pour l'année MAF 2025, ce sera en décembre 2026. Après cette date, les O.A. sont libres de déterminer la fréquence d'envoi des flux.

S'il n'y a pas de dossiers pour un mois donné avant décembre 2026, l'organisme assureur doit le signaler au SCA dans un courrier motivé<sup>4</sup>. Le nombre minimum d'envois peut toujours être dépassé.

Le contenu de l'envoi doit être établi en conformité avec la mise en page décrite dans le document technique joint en annexe<sup>5</sup> à cette circulaire.

La date de création du fichier de demandes "Creation Date" vaut comme seule date de référence officielle pour la réception.

### 5.2. Quels sont les ménages concernés ?

Lorsque, pour une année MAF déterminée, un ménage a pris à sa charge 260,10 EUR d'interventions personnelles, les O.A. sont tenus de transmettre le dossier.

Pour déterminer la catégorie de revenus d'un ménage bénéficiant du MAF revenus et comptant au moins un membre malade chronique suivant la disposition du MAF malades chroniques, les O.A. transmettent la demande à la Cellule MAF du SCA dès l'instant où le compteur des tickets modérateurs du ménage affiche un montant de 142,93 EUR en quotes-parts personnelles. (Art. 16 de l'A.R. du 15.07.2002, modifié par l'art. 1<sup>er</sup> de l'A.R. du 14.06.2022)

Les O.A. adressent également une demande pour les ménages dont les membres ont atteint 260,10 EUR en quotes-parts personnelles dans les frais de santé et pour lesquels le maximum à facturer social a été appliqué (et pas uniquement lorsque le ménage inscrit au Registre national est plus grand que le ménage I.M. et qu'il se compose donc également de membres ne faisant pas partie du ménage auquel le MAF social a été accordé).

Si les revenus du ménage ne sont pas en catégorie G et que le plafond de 260,10 EUR ne peut donc être appliqué, le plafond du MAF social de 527,27 EUR sera appliqué.

### 5.3. Le NISS du demandeur et des membres du ménage

Le NISS, et plus particulièrement le NISS du demandeur mais aussi celui des différents membres du ménage, constitue la principale information de ce fichier. Le NISS du demandeur est repris dans un champ distinct du fichier "contrôle systématique". Le demandeur est le membre aîné du ménage. (voir doc. technique, section 1.1. à 1.3.)

---

4. Par la poste ou par mail en attendant la création d'une solution sécurisée.

5 Non publiée ici.

#### 5.4. Assurés sociaux sans NISS

Exemples de cas où un membre du ménage ne possède pas de NISS :

- le bénéficiaire-assuré social réside à l'étranger. Celui-ci a droit, au même titre que son ménage, au maximum à facturer après une enquête sur les revenus. Ces membres du ménage n'ont pas de NISS, ni de numéro *bis*
- les nouveau-nés n'ayant pas encore de NISS. C'est peu probable. Les NISS sont attribués dans les 2 à 10 jours.

Dans ces exemples, il s'agit toujours de membres du ménage ne disposant pas de NISS, et non de demandeurs.

Pour les assurés sociaux résidant à l'étranger, nous indiquerons toujours la personne ayant un NISS ou un numéro *bis* comme demandeur (pour le flux). Chaque ménage repris dans l'échange de données dispose au moins d'un NISS ou d'un numéro *bis*, à savoir celui du demandeur.

Les membres du ménage qui n'ont pas de NISS ne sont pas communiqués. Le fisc ne dispose de toute façon pas de données relatives au revenu de ces personnes. C'est à l'organisme assureur d'assurer le suivi de ces cas.

#### 5.5. Types de demandes

Les différents types de demandes sont analysés en fonction des situations familiales des bénéficiaires du maximum à facturer (art. 9 de l'A.R. du 15.07.2002). Les personnes résidant en communauté, sont considérées, sous certaines conditions, comme différents ménages composés d'une personne, en lieu et place d'un ménage inscrit au Registre national. Il existe également d'autres exceptions à la règle "ménage inscrit au Registre national le 1<sup>er</sup> janvier 2025".

##### *Demande de type 0*

Il s'agit d'une demande pour un ménage résidant à l'étranger, conformément à la circulaire O.A. n° 2011/301 du 18 juillet 2011 "bénéficiaires MAF de l'assurance obligatoire soins de santé résidant dans un pays où les Règlements européens en matière de sécurité sociale ou une convention relative à la sécurité sociale, conclue entre la Belgique et un ou plusieurs États, sont d'application". Cette circulaire est d'application depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Les assurés sociaux belges résidant dans un des 31 pays qui accordent, en matière de soins de santé, un droit de retour, ont également droit au MAF pour des soins prestés en Belgique, conformément aux directives de cette circulaire.<sup>6</sup>

---

6. Voir liste des pays en annexe de cette circulaire (ann. 2) (non publiée ici).

### *Demande de type 1*

Demande pour un ménage inscrit au Registre national le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

Le ménage inscrit au Registre national et bénéficiant du droit au MAF revenus, est décrit à l'article 37*decies*, § 3, de la loi coordonnée, auquel renvoie l'article 37*undecies*, § 1<sup>er</sup>, de cette même loi coordonnée. Le ménage est composé, sur base des informations obtenues au Registre national des personnes physiques prises en considération au 1<sup>er</sup> janvier d'une année civile pour déterminer le droit du ménage concerné au maximum à facturer au cours de cette même année<sup>7</sup>.

Le ménage est complété par la première inscription au Registre national d'un enfant avec l'âge de maximum 16 ans comme visé à l'article 11 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Pour l'année MAF 2025, les premières inscriptions qui font partie du ménage MAF concernent des enfants nés entre "2009 et 2025". Les premières inscriptions au Registre national d'enfants nés avant ou en 2008 ne sont pas prises en considération en 2025 pour le ménage MAF<sup>8</sup>.

### *Demande de type 2*

Le bénéficiaire ayant, au 1<sup>er</sup> janvier 2025, sa résidence principale dans une communauté religieuse, est considéré comme constituant un ménage à lui seul. (Art. 9. § 1<sup>er</sup>, al. 2 de l'A.R. du 15.07.2002)

Par "communauté religieuse", on entend la communauté prise en considération pour l'inscription en qualité de titulaire au sens de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 21<sup>o</sup>, de la loi coordonnée.

### *Demande de type 3*

Les demandes de type 3 concernent des ménages faisant l'objet d'une forme réglementée de placement familial, comme visé à l'article 37*decies*, § 2, alinéa 2 de la loi coordonnée auquel il est fait référence dans l'article 37*undecies*, § 1<sup>er</sup>, de cette même loi coordonnée. Pour cette raison, le ménage pris en considération diffère du ménage officiel inscrit au Registre national.

### *Demande de type 4*

La demande de type 4 est corrélée à la demande de type 3. La demande de type 4 concerne les demandes pour les ménages diminués du ou des membre(s) mentionné(s) dans la demande de type 3.

Le fait que l'on retire du ménage inscrit au Registre national les personnes mentionnées dans une demande de type 3 fait que le ménage auquel le MAF peut être accordé diffère du ménage officiel inscrit au Registre national.

---

7. Si une personne est exceptionnellement inscrite temporairement à deux endroits au 01/01, la dernière situation au Registre national au 01/01 sera prise en compte pour la composition de ménage. Une personne qui déménage le 01/01 fera donc partie du ménage de sa nouvelle résidence.

8. L'enfant est ajouté au ménage registre national associé à l'adresse où il a été enregistré pour la première fois. Dans une situation où cela est impossible car ce ménage n'existait pas dans le passé, l'enfant est inscrit auprès de la personne la plus âgée.

### *Demande de type 5*

La demande de type 5 est utilisée pour un ménage qui se trouve dans une situation de dépendance et qui a choisi de constituer un ménage à lui seul. Le titulaire a toutefois l'obligation de constituer ce ménage avec son/sa conjoint(e) ou la personne avec laquelle il/elle constitue un ménage de fait et sa/ses personne(s) à charge (art. 10, § 3, de l'A.R. du 15.07.2002). De par sa composition, le ménage pour lequel les revenus sont demandés et auquel des droits sont octroyés dans le cadre du MAF diffère du ménage officiel inscrit au Registre national.

### *Demande de type 6*

La demande de type 6 est corrélée à la demande de type 5. La demande de type 6 concerne les demandes pour les ménages diminués du ou des membre(s) mentionné(s) dans la demande de type 5.

Comme on retire du ménage inscrit au Registre national les personnes mentionnées dans une demande de type 5, il y a une différence entre le ménage auquel le MAF peut être octroyé et le ménage officiel inscrit au Registre national.

### *Demande de type 7*

La demande de type 7 est utilisée pour les ménages visés à l'article 9, § 2, de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Par dérogation à l'article 9, § 1<sup>er</sup>, un bénéficiaire ayant la même résidence principale que son/sa conjoint(e) ou leurs personnes à charge, constitue un ménage avec ces personnes.

Il en va de même si un bénéficiaire a la même résidence principale que la personne avec laquelle il/elle forme un ménage de fait. Forment un ménage de fait, les personnes vivant ensemble sous le même toit et réglant essentiellement en commun les questions relatives au ménage.

La situation prise en considération pour les ménages introduisant une demande de type 7 est également la situation telle qu'elle existe au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'octroi du maximum à facturer. Dans cette circulaire, il s'agit donc du 1<sup>er</sup> janvier 2025.<sup>9</sup>

### *Demande de type 8*

Les demandes de type 8 sont introduites pour les ménages qui diffèrent de ceux inscrits au Registre national du fait qu'ils relèvent de l'application de l'article 9, § 1<sup>er</sup> ou de l'article 12, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 15 juillet 2002<sup>10</sup>.

---

9. Les frères et sœurs séjournant ensemble au sein d'une institution non religieuse peuvent former un ménage de fait, pour autant qu'ils règlent essentiellement en commun les questions relatives au ménage. Dans ce cas, ils forment un ménage MAF. Si l'un de ces frères et sœurs est inscrit comme personne de référence du ménage au Registre national, et que ce ménage se compose également d'autres frères et sœurs, l'INAMI peut considérer qu'ils forment, de fait, un ménage. Si tel n'est pas le cas, seuls des éléments factuels permettront d'apprécier si les questions relatives au ménage sont réglées en commun et s'il s'agit d'un ménage de fait.

10. L'art. 12, § 1<sup>er</sup>, concerne :

1. les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé résidant à l'étranger qui, en application d'un Règlement de l'Union européenne ou d'une convention relative à la sécurité sociale, conclue entre la Belgique et un ou plusieurs Etats, ont, dans le pays de résidence et durant leur séjour temporaire en Belgique, droit aux prestations de santé pour le compte de l'assurance obligatoire soins de santé;
2. les personnes dispensées de toute inscription au Registre national des personnes physiques, en application de l'article 19 de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif aux registres de la population et au registre des étrangers.

Article 9, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup> : Le bénéficiaire a, au 1<sup>er</sup> janvier de l'année MAF, sa résidence principale en maison de repos pour personnes âgées, en maison de repos et de soins, en maison de soins psychiatriques, en habitation protégée, en centre de défense sociale ou en prison<sup>11</sup>. Il forme dès lors un ménage à lui seul (exception art. 9, § 2, voir demande de type 7)<sup>12</sup>.

Pour clarifier, nous tenons à informer que les personnes pour lesquelles l'adresse dans le registre national indique "poste diplomatique" ne sont pas nécessairement des diplomates. Ce fait indique simplement qu'un Belge résidant à l'étranger s'est inscrit auprès du poste diplomatique de notre pays dans son pays de résidence.

### *Demande de type 9*

La demande de type 9 est corrélée à la demande de type 2. La demande de type 9 concerne les demandes introduites pour les ménages diminués du ou des membre(s) mentionné(s) dans la demande de type 2.

Comme on retire du ménage inscrit au Registre national les personnes mentionnées dans une demande de type 2, il y a une différence entre le ménage auquel le MAF peut être octroyé et le ménage officiel inscrit au Registre national.

## 6. Contrôle effectué par le SCA

Le SCA contrôle les demandes au niveau de la composition correcte du ménage communiqué. Ce contrôle dépend du type de demande. La cellule MAF contrôle 100 %, par défaut, des demandes. Toutefois, il arrive, en période de forte surcharge de travail, qu'un pourcentage minime de demandes soit accepté sans contrôle, ceci afin de limiter les retards de traitement qui auraient des conséquences sur le délai d'octroi aux assurés. Ce pourcentage étant minime, le taux d'erreurs devrait l'être aussi, mais n'est toutefois pas nul.

Outre le contrôle de leur contenu, les demandes sont également contrôlées sur d'autres types d'erreurs. Certaines erreurs sont détectées à la suite d'un contrôle syntactique. Il s'agit par exemple d'une demande avec une mutualité ou une valeur numérique inexistante dans la zone "numéro de demande".

Puis il y a aussi les contrôles de l'intégration des NISS et des numéros *bis* dans la Banque-carrefour de la Sécurité sociale (BCSS). Quand des NISS ou des numéros *bis* ne sont pas valides, la BCSS envoie un message d'erreur. Ces codes et messages d'erreur de la BCSS sont également envoyés à l'O.A. sous la forme d'un code. Ce code figure également dans le document technique. Le message selon lequel un nouveau NISS a été communiqué à la BCSS ne bloque pas le processus. Les changements de NISS sont communiqués à l'O.A. via un circuit distinct.

---

11. Des pièces autres que le R.N. sont autorisées comme preuve de la résidence principale au 01.01 si, et seulement si, le bénéficiaire a, au 01.01, sa résidence principale en maison de repos pour personnes âgées, en maison de repos et de soins, en maison de soins psychiatriques, en habitation protégée, en centre de défense sociale ou en prison.

12. Les étudiants étrangers qui louent un kot de l'université ne répondent pas à la définition des personnes qui vivent dans une communauté.

## 7. Demande et réception des données relatives aux revenus par le SCA

### 7.1. Échange de données

Après que le SCA ait reçu la liste des ménages, le service transmet les NISS des assurés sociaux concernés (membres du ménage) au SPF Finances via la BCSS.

En réponse, le SPF Finances communique, également via la BCSS, les revenus nets des intéressés au SCA (et ce, par exercice d'imposition et par membre du ménage). Outre les revenus, un code revenus (indication de la qualité de la réponse) et un certain nombre d'autres informations sont communiqués.

### 7.2. Année de revenus (X-2)

L'année de revenus est celle utilisée pour déterminer la catégorie du ménage.

Les revenus pour l'année MAF même ne sont pas connus du SPF Finances au début de l'année MAF. Le service de taxation ne dispose pas des revenus de l'année en cours. Les revenus de la troisième année précédant l'année MAF étaient les seuls revenus dont on disposait avec certitude au moment de la création du MAF. L'année de revenus la plus récente est une notion difficile à définir et conduit à l'utilisation de plusieurs années en fonction du ménage. C'est la raison pour laquelle la même année de revenu est utilisée pour tous les ménages lors de la détermination du plafond MAF pour une année MAF spécifique. Jusqu'à l'année MAF 2018 inclusivement, l'année de revenu était l'année MAF-3. À partir de l'année MAF 2019, l'année MAF-2 est utilisée comme année de revenu pour l'application du maximum à facturer revenus. (37<sup>duodecimes</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994)

Pour le MAF 2025, l'année de revenus est 2023.

### 7.3. Calcul de l'âge fiscal (voir document technique)

L'âge d'un membre du ménage est calculé par rapport au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'imposition. Sur la base de la date de naissance du NISS, nous déterminons si le membre a plus ou moins de 16 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'imposition.

Le calcul de l'âge est justifié par le fait que chaque contribuable est censé(e) être connu(e) du SPF Finances (enregistré(e) dans leur base de données) une fois qu'il/elle a atteint l'âge de 16 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'imposition. À partir de 16 ans, l'absence de revenus, connus du SPF Finances, peut donner lieu à un code revenus non fiable pour cette personne.

Le revenu pris en compte pour l'année MAF 2025 est le revenu perçu en 2023. L'année d'imposition est l'année 2024. L'âge (+ ou - de 16 ans) est calculé en fonction du 1<sup>er</sup> janvier 2024 (jusqu'en 2008, enfant < 16 ans ; à partir de 2007, enfant ≥ 16 ans).



## 8. Calcul des revenus du ménage et octroi de la catégorie MAF

Le SCA totalise les revenus par ménage et le revenu du ménage est classé dans une des 6 catégories (voir circ. O.A. n° 2025/3 du 09.01.2025 : Maximum à facturer. Exercice 2025 et le document technique en annexe). Le SCA transmet les résultats codés aux organismes assureurs. Les codes indiquent le plafond du ticket modérateur applicable au ménage. Ces informations suffisent à l'organisme assureur pour octroyer correctement le droit.

D'autres informations relatives aux revenus fiscaux des intéressés ne sont pas communiquées aux organismes assureurs. La communication par l'INAMI reste limitée à la catégorie codée à laquelle appartient le ménage concerné pour l'application du MAF revenus. La seule exception à la règle sont les cas décrits à l'article 19 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Si le SPF Finances signale qu'il ne possède pas d'informations concernant au moins un membre du ménage (code revenus ≠ 0), le SCA communique, le cas échéant, le montant total des revenus des autres bénéficiaires composant le ménage, à moins qu'il ne s'agisse d'un membre du ménage de moins de 16 ans.

Le chapitre consacré au feedback détaille l'octroi par l'O.A. des droits MAF aux ménages qui se trouvent dans cette situation.

## 9. Communication des catégories MAF et constatations par le SCA (réponses)

### 9.1. Transmission des données à l'organisme assureur

Le SCA répond au plus tard dans les 30 jours civils suivant la date de réception du fichier de demande.

### 9.2. Quelles informations ?

La réponse contenue dans le fichier peut être très différente entre les différents ménages (records) sur la liste. Pour les ménages correctement composés, une catégorie MAF est communiquée (lettre de B à G). Cette lettre indique le montant du plafond que l'O.A. peut appliquer pour ce ménage. Outre la lettre, le SCA communique également si la réponse est fiable ou non. Fiable signifie que les revenus de tous les membres du ménage sont connus du SPF Finances. On dit d'une réponse qu'elle n'est pas fiable si le plafond (et le revenu) d'un ménage sont calculés sur la base d'informations incomplètes c'est-à-dire que le SPF Finances ne dispose pas d'informations pour au moins 1 membre du ménage. Pour les demandes avec un plafond de ticket modérateur non fiable, le détail des données fiscales connues est également communiqué à l'O.A.

Puis il y a encore les codes retour en cas de constatations par le SCA ou les codes erreur pour les erreurs syntaxiques ou d'intégration.

Voici les différentes options :

- code plafond du ticket modérateur fiable
- code plafond du ticket modérateur non fiable (+ détail des données fiscales connues)
- code constatation SCA (pas de données fiscales mais bien composition incorrecte du ménage ou double demande).

## 10. Feedback des organismes assureurs

### 10.1. Types de feedback

L'organisme assureur qui gère un dossier où des données relatives aux revenus font défaut, informe le SCA de deux types de décision pour l'octroi du MAF. D'une part, le traitement des demandes pour lesquelles des informations relatives aux revenus du ménage font défaut (art. 21 de l'A.R. du 15.07.2002). Et d'autre part, l'O.A. informe également le SCA des cas dignes d'intérêt octroyés (art. 22 à 24 de l'A.R. du 15.07.2002, modifiés par les art. 3 et 4 de l'A.R. du 14.06.2022).

### 10.2. Quelles informations ?

Comme mentionné dans l'introduction, il y a deux situations à propos desquelles les O.A. envoient un feedback à la Cellule MAF :

- feedback concernant les ménages pour lesquels les données relatives aux revenus sont incomplètes (donc sans catégorie MAF)
- feedback sur l'octroi des cas dignes d'intérêt.

Le premier type de décision pour lequel un feedback est donné concerne la décision d'octroyer le droit aux ménages qui, au terme du processus avec l'INAMI et le SPF Finances, demeurent avec un revenu de ménage incomplet, et pour lesquels la Cellule MAF n'a donc pas pu octroyer une catégorie MAF.

L'O.A. détermine la catégorie MAF en demandant au(x) bénéficiaire(s) concerné(s) de compléter et de signer une déclaration sur l'honneur en mentionnant le revenu dont il(s) disposait/disposaient au cours de l'année de revenus utilisée. La déclaration sur l'honneur (DSH) est conforme au modèle joint en annexe I de l'arrêté royal du 15 juillet 2002. Ces revenus sont additionnés à ceux communiqués par l'INAMI. La mutualité détermine la catégorie du ménage sur la base de la somme des revenus.<sup>13</sup>

Les records qui permettent aux O.A. de communiquer à l'INAMI les ménages dont les revenus de certains membres n'étaient pas connus du SPF Finances, sont les records avec code retour "02". L'O.A. communique uniquement un feedback sur les déclarations sur l'honneur qui ont finalement bénéficié du droit au MAF au terme d'un contrôle des revenus.

Le deuxième type de décision pour lequel un feedback est donné concerne la décision d'octroyer le caractère digne d'intérêt à certains ménages. En l'occurrence, le MAF est octroyé à un ménage ayant subi une baisse significative de ses revenus.

Pour tous les ménages ayant subi une baisse significative de ses revenus par rapport aux revenus utilisés pour octroyer ou refuser le MAF, on réalise une enquête afin d'estimer les revenus bruts imposables du ménage pour l'année concernée. Sur la base de ces revenus, l'O.A. déterminera la catégorie à laquelle appartient le ménage et décidera d'octroyer ou non le MAF.

L'O.A. doit pouvoir constater que le revenu du ménage concerné est inférieur à un des trois plafonds de revenus les plus bas (G-B-C) visés à l'article 37*undecies*, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée.

Si elle octroie le caractère digne d'intérêt, la mutualité doit transmettre sa décision à la cellule MAF du SCA de l'INAMI.

---

13. Pour les ménages intermutualistes, la DSH doit être soumise à sa propre mutualité. Ces informations sont incluses dans le modèle de la DSH, en annexe à l'A.R. du 15.07.2002. Chaque membre du ménage soumet sa déclaration à sa propre mutualité et la mutualité du chef de ménage est chargée de collecter toutes les données.

### 10.3. Transmission des données de feedback

Pour une année MAF, les organismes assureurs doivent transmettre, entre le 1<sup>er</sup> et le 31 janvier de cette même année MAF+2 et MAF+3, les fichiers de feedback au SCA.

Le cas échéant, les O.A. transmettent 1 fichier contenant les deux types de décision, par année MAF.


Si un O.A. n'a pas de record à communiquer pour une année MAF, il doit alors, en plus de l'envoi du fichier vide, le signaler au SCA dans un courrier motivé<sup>14</sup>.

Le contenu des fichiers de feedback doit être conforme à la mise en page décrite dans le document technique "Exécution du maximum à facturer 2025 Flux O.A. <-> INAMI". Le document technique est joint en annexe<sup>15</sup> à la présente circulaire.

Chaque type d'enregistrement (record) est identifié par une zone "Code info". Les différents types d'enregistrement ont une même longueur, à savoir 31 caractères. La différence entre les deux se situe au niveau de la valeur du champ "Code info". Les records contenant les ménages pour lesquels l'administration fiscale a transmis des codes "non fiables" et pour lesquels l'organisme assureur a déterminé une catégorie sur la base d'une déclaration sur l'honneur ont une valeur 1 dans ledit champ. Pour les ménages avec une baisse de revenus, la valeur de ce champ est 2.

## 11. Délai(s) de conservation des données

Les données doivent au moins être conservées pour la durée du délai de prescription qui vaut pour la récupération des interventions. L'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, stipule que l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées. Toutefois, en vertu de l'article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée, ce genre de prescription n'est pas applicable dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de 5 ans. Il y a par conséquent lieu de conserver toutes les données, y compris celles de l'administration fiscale, pour une période d'au moins six ans à compter de la fin du mois dans lequel les prestations ont été remboursées, pour pouvoir encore détecter et traiter les cas de fraude. Afin de garantir le traitement correct de tels dossiers, les organismes assureurs doivent conserver toutes les données relatives aux remboursements accordés à un bénéficiaire pour une année X jusqu'à la fin de l'année X+6.

 **Remarque :** bien qu'un historique soit tenu à jour sur une période de 10 ans dans le cadre de l'utilisation de l'infrastructure "Carenet", cela ne signifie pas que les données relatives à l'application du maximum à facturer puissent encore effectivement être utilisées sur toute la période : l'autorisation accordée par le comité sectoriel de l'autorité fédérale pour les échanges de données limite le délai de conservation à 6 ans. Ceci signifie que les données qui sont tenues à jour dans le cadre de l'historique de l'échange de données Carenet ne peuvent donc effectivement être utilisées que pour ce délai.

---

14. Par la poste ou par mail en attendant la création d'une solution sécurisée.

15. Non publiée ici.

## 12. Dispositions générales

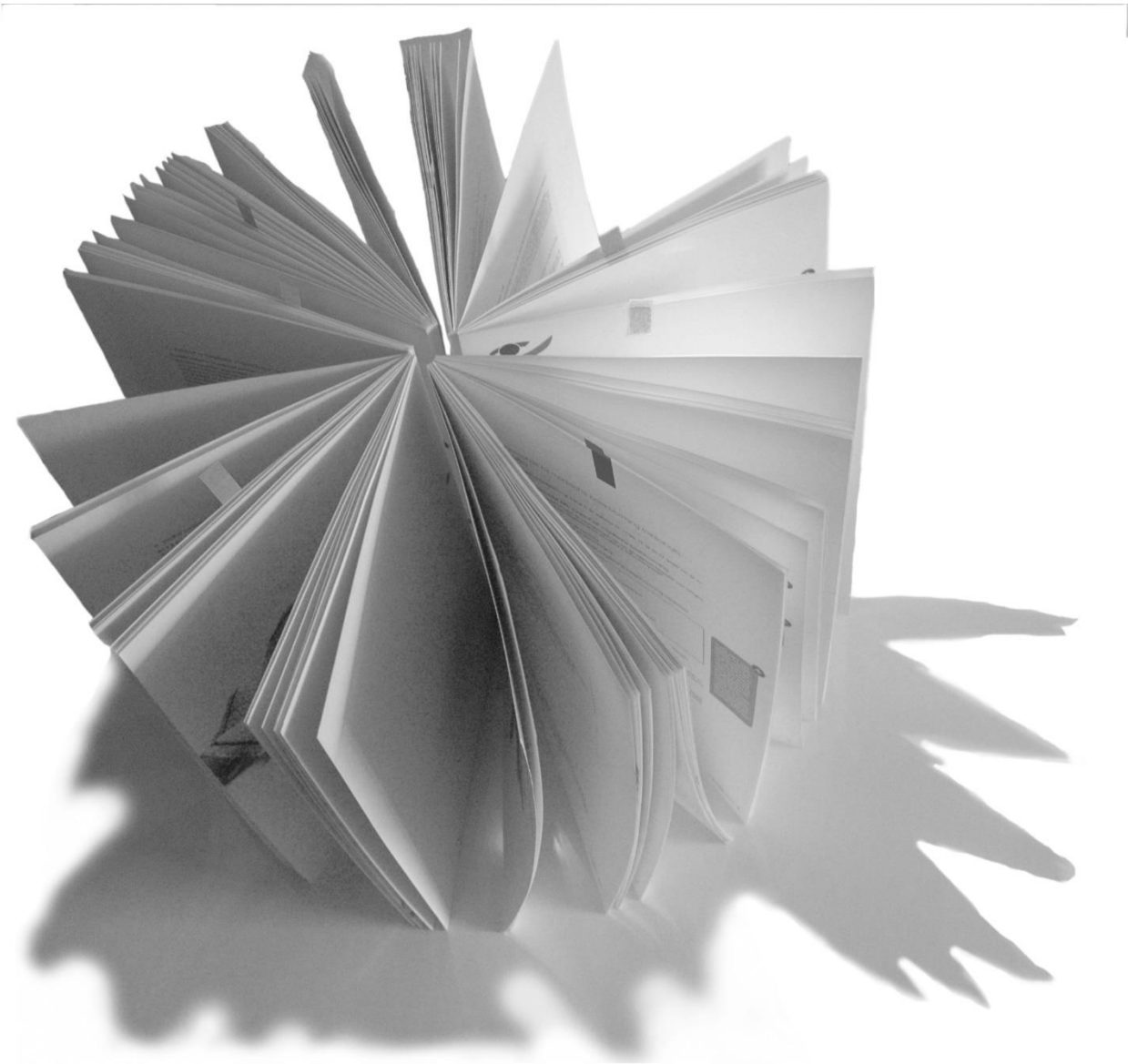
La présente circulaire est applicable au processus MAF revenus pour l'année MAF 2025.



Circulaire O.A. n° 2025/126 – 3998/72 du 15 mai 2025.

## 5<sup>e</sup> Partie

### Données de base



# I. Maximum à facturer - Exercice 2025

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025.

## I. Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2025

### a) Calcul de l'indice corrigé

Moyenne des indices des prix 2024 :	132,04		
-----	=	-----	= 1,0314
Moyenne des indices des prix 2023 :	128,02		

### b) Plafonds de revenus pour l'exercice 2025

de	0,00	à	13.079,37
de	13.079,38	à	23.399,42
de	23.399,43	à	35.972,23
de	35.972,24	à	48.545,09
de	48.545,10	à	60.594,06
dès	60.594,07		

## II. Fixation des plafonds tickets modérateurs pour l'exercice 2025

### Général

Exercice 2023	250,00	506,79	732,03	1.126,20	1.576,68	2.027,16
Exercice 2024	254,99	516,92	746,66	1.148,70	1.608,18	2.067,66
Exercice 2025	260,10	527,27	761,61	1.171,70	1.640,38	2.109,06

### Réduction application maximum à facturer pour malades chroniques

Exercice 2023	112,62
Exercice 2024	114,87
Exercice 2025	117,17

## III. Conditions d'octroi maximum à facturer malades chroniques exercice 2025

Total des interventions personnelles pour les prestations effectuées au cours de la deuxième année civile et au cours de l'année civile précédant l'année en cours :

Exercice 2024	516,92
Exercice 2023	506,79



Circulaire O.A. n° 2025/3 – 3998/71 du 9 janvier 2025

## II. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3<sup>e</sup> al. de l'A.R. du 03.07.1996) - Résidents

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> février 2025.

Ce montant de 25.285,14 EUR lié à l'indice-pivot des prix à la consommation 103,14 (base 1996 = 100) est adapté à l'évolution des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

### Indexation des plafonds

	Résidents (en EUR)	Personnes à charge (idem intervention majorée) (en EUR)
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2002	26.306,66	2.265,63
À partir du 1 <sup>er</sup> février 2002	26.832,59	2.310,92
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2003	27.368,64	2.357,09
À partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2004	27.914,79	2.404,13
À partir du 1 <sup>er</sup> août 2005	28.473,60	2.452,25
À partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2006	29.042,51	2.501,25
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2007(bien-être)	29.042,51	2.518,75
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2008	29.624,07	2.602,36
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2008	30.215,74	2.654,33
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2008	30.820,06	2.756,15
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2010 (bien-être)	31.437,01	2.844,47
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2010	32.066,61	2.901,44
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2011	32.066,61	2.921,74
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2011 (bien-être)	32.066,61	2.959,47
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2012 (bien-être)	32.708,86	3.018,74
À partir du 1 <sup>er</sup> février 2012	33.363,74	3.079,19
À partir du 1 <sup>er</sup> décembre 2012	33.363,74	3.140,77
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2013 (bien-être)	34.031,27	3.203,40
À partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2015	34.031,27	3.225,83
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2015 (bien-être)	26.306,66	2.265,63

À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2016 (bien-être)	34.031,27	3.267,47
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2016	34.711,44	3.332,74
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2017	35.404,25	3.399,56
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2017 (bien-être)	35.404,25	3.467,55
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2018	36.112,24	3.536,95
À partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2019 (bien-être)	36.112,24	3.622,24
À partir du 1 <sup>er</sup> mars 2020	42.312,15	4.682,19
À partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2021(bien-être)	42.312,15	4.775,84
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2021	43.159,21	4.871,39
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2022	43.159,21	5.000,48
À partir du 1 <sup>er</sup> mars 2022	39.090,83	4.213,90
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2022	39.872,14	4.298,25
À partir du 1 <sup>er</sup> août 2022	40.668,62	4.383,98
À partir du 1 <sup>er</sup> novembre 2022	41.482,80	4.471,78
À partir du 1 <sup>er</sup> décembre 2022	42.312,15	4.561,31
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2023	42.312,15	4.682,19
À partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2023 (bien-être)	42.312,15	4.775,84
À partir du 1 <sup>er</sup> novembre 2023	43.159,21	4.871,39
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2024	43.159,21	5.000,48
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2024	44.021,43	5.100,42
<b>À partir du 1<sup>er</sup> février 2025</b>	<b>44.901,35</b>	<b>5.202,22</b>



Circulaire O.A. n° 2025/37 - 270/101 - 273/102 - 274/103 - 276/152 - 2790/105 - 2791/101 - 2792/100 - 3910/2286 - 83/527 du 31 janvier 2025.




### III. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1<sup>er</sup> février 2025 – Bien-être

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> février 2025.

Suite à la publication de l'arrêté royal du 15 mars 2022 (M.B. du 13.04.2022), modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 17.749,24 et 3.285,87 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004 = 100). Ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Au 1<sup>er</sup> février 2025 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
28.100,75 EUR	5.202,22 EUR

 Circulaire O.A. n° 2025/38 - 3991/403 du 31 janvier 2025.

## IV. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus

En vertu de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (art. 124, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> al. 1, modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29.12.1997 (M.B. 31.12.1997 éd.2)), ne peut plus être considérée comme personne à charge (au sens de l'art. 32) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, la personne qui dispose d'un revenu, pension, rente, allocation ou indemnité, pour autant que le montant global brut soit **SUPÉRIEUR** à un montant par trimestre.

Le montant par trimestre civil est calculé au départ du montant de 1.762,82 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996). Il est adapté aux fluctuations de l'indice des prix comme prévu dans la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Cela donne pour le *secteur public* comme pour le *secteur privé* :

*1<sup>er</sup> mai 2011 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 12 = 2.235,68 EUR

*1<sup>er</sup> février 2012 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 13 = 2.280,40 EUR

*1<sup>er</sup> décembre 2012 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 14 = 2.326,00 EUR

*1<sup>er</sup> juillet 2015 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 15 = 2.372,52 EUR

*1<sup>er</sup> juin 2016 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 16 = 2.419,97 EUR

*1<sup>er</sup> juin 2017 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 17 = 2.468,37 EUR

*1<sup>er</sup> septembre 2018 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 18 = 2.517,74 EUR

*1<sup>er</sup> mars 2020 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 19 = 2.568,10 EUR

*1<sup>er</sup> septembre 2021 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 20 = 2.619,46 EUR

*1<sup>er</sup> janvier 2022 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 21 = 2.671,85 EUR

*1<sup>er</sup> mars 2022 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 22 = 2.725,28 EUR

*1<sup>er</sup> mai 2022 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 23 = 2.779,79 EUR

*1<sup>er</sup> août 2022 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 24 = 2.835,39 EUR

*1<sup>er</sup> novembre 2022 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 25 = 2.892,09 EUR

*1<sup>er</sup> décembre 2022 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 26 = 2.949,93 EUR

*1<sup>er</sup> novembre 2023 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 27 = 3.008,93 EUR

*1<sup>er</sup> mai 2024 indexation*

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 28 = 3.069,11 EUR

***1<sup>er</sup> février 2025 indexation 1.762,82***

**1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 29 = 3.130,49 EUR**

Valeurs par trimestre		
1 <sup>er</sup> trimestre 2010	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2010	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2010	$2.148,87 \times 2/3 + 2.191,85 \times 1/3$	2.163,20 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2010	$2.191,85 \times 3/3$	2.191,85 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2011	$2.191,85 \times 3/3$	2.191,85 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2011	$2.191,85 \times 1/3 + 2.235,68 \times 2/3$	2.221,07 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2011	$2.235,68 \times 3/3$	2.235,68 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2011	$2.235,68 \times 3/3$	2.235,68 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2012	$2.235,68 \times 1/3 + 2.280,40 \times 2/3$	2.265,49 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2012	$2.280,40 \times 3/3$	2.280,40 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2012	$2.280,40 \times 3/3$	2.280,40 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2012	$2.280,40 \times 2/3 + 2.326,00 \times 1/3$	2.295,60 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2013	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2013	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2013	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2013	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00 EUR

1 <sup>er</sup> trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2018	2.468,37*2/3 + 2.517,74*1/3	2.484,83 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2018	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2020	2.517,74*2/3 + 2.568,10*1/3	2.534,53 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR

1 <sup>er</sup> trimestre 2021	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2021	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2021	$2.568,10 \times 2/3 + 2.619,46 \times 1/3$	2.585,22 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2021	$2.619,46 \times 3/3$	2.619,46 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2022	$2.671,85 \times 2/3 + 2.725,28 \times 1/3$	2.689,66 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2022	$2.725,28 \times 1/3 + 2.779,79 \times 2/3$	2.761,62 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2022	$2.779,79 \times 1/3 + 2.835,39 \times 2/3$	2.816,86 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2022	$2.835,39 \times 1/3 + 2.892,09 \times 1/3 + 2.949,93 \times 1/3$	2.892,47 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2023	$2949,93 \times 3/3$	2.949,93 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2023	$2949,93 \times 3/3$	2.949,93 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2023	$2949,93 \times 3/3$	2.949,93 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2023	$2949,93 \times 1/3 + 3008,93 \times 2/3$	2.989,26 EUR
1 <sup>er</sup> trimestre 2024	$3008,93 \times 3/3$	3.008,93 EUR
2 <sup>e</sup> trimestre 2024	$3008,93 \times 1/3 + 3069,11 \times 2/3$	3.049,05 EUR
3 <sup>e</sup> trimestre 2024	$3069,11 \times 3/3$	3.069,11 EUR
4 <sup>e</sup> trimestre 2024	$3069,11 \times 3/3$	3.069,11 EUR
<b>1<sup>er</sup> trimestre 2025</b>	<b><math>3069,11 \times 1/3 + 3130,49 \times 2/3</math></b>	<b>3.110,03 EUR</b>



Circulaire O.A. n° 2025/104 – 248/95 du 31 mars 2025.

Comité de rédaction

Mme Caroline Marthus  
Mme Caroline Lekane  
Mme Nuray Özdemir  
Mme Jolanda Gashi  
Mme Marleen Stevens  
Mme Céline Faufeder  
Mme Charlotte Lefebre  
M. Tom Candaele

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726