

SYNTHÈSE

LA COMPENSATION FINANCIÈRE DES VICTIMES D'ACCIDENTS TRANSFUSIONNELS – UNE TENTATIVE DE RÉDUIRE LES DISCRIMINATIONS



SYNTHÈSE

LA COMPENSATION FINANCIÈRE DES VICTIMES D'ACCIDENTS TRANSFUSIONNELS – UNE TENTATIVE DE RÉDUIRE LES DISCRIMINATIONS

CHRISTIAN LEONARD, CATHERINE MELOTTE, XAVIER MARECHAL, IRM VINCK, NICOLAS ESTIENNE, SABINE STORDEUR



■ PRÉFACE

Le ciel peut nous tomber sur la tête à chaque instant : un orage violent qui balaie toute une région, une averse de grêlons qui sème le chaos, un ouragan qui souffle la désolation... Bien souvent, les dégâts occasionnés par de telles catastrophes naturelles ne sont que partiellement, voire pas du tout, assurés. Heureusement, il existe un fonds des calamités, qui peut intervenir en cas de phénomènes exceptionnellement dévastateurs. Il s'agit bien ici de situations 'no fault', où personne n'est coupable, mais où la société se déclare prête à offrir sa solidarité aux victimes frappées par la malchance.

Il en va tout à fait autrement si votre toit s'envole à la première rafale de vent parce que l'architecte ou l'entrepreneur ont commis de sérieuses erreurs. On établit alors des responsabilités, et celles-ci ouvrent le droit à des indemnisations dont les responsables doivent s'acquitter.

Dans le cas des transfusions sanguines qui furent, dans les années 1980-90, à l'origine de la contamination de nombreuses personnes par les virus de l'hépatite C et du sida, il n'y avait pas de responsable identifiable au sens juridique du terme. Ni une institution, ni un prestataire de soins, ni l'État ne pouvaient être incriminés. Le législateur a donc fait appel, à l'époque, au concept de responsabilité sociétale, mais d'une manière qui n'a pas permis d'éviter toute discrimination.

C'est à ces discriminations que la Ministre nous a demandé de mettre fin. Et c'est bien là que réside toute la difficulté de notre entreprise : résoudre sur le terrain juridique une problématique qui se définit en termes éthiques. La solution que nous proposons passe par une mobilisation de la solidarité.

Dès lors, le danger d'un texte tel que celui que vous allez découvrir est que des mots tels que 'discrimination', 'responsabilité', 'indemnisation', ... ne revêtent d'autres significations – et n'entraînent d'autres implications – selon qu'on les considère d'un point de vue strictement juridique ou d'un point de vue moral ou éthique. Et de fait, nous demandons ici au lecteur de chausser ces doubles lunettes.

Avec l'aide et l'expertise appréciables des collaborateurs de Thelius, Estienne&Callewaert et Reacfin, nous avons formulé quelques propositions à la fois satisfaisantes et réalistes pour toutes les parties impliquées, et en particulier pour les victimes. Avec l'espoir de pouvoir refermer enfin, dans l'apaisement, ce dossier en souffrance depuis bien trop longtemps.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ MESSAGES CLÉS

- La plupart des cas connus de contamination par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou de l'hépatite C (VHC) suite à une transfusion sont survenus dans la période précédant 1985 pour le VIH et 1990 pour le VHC.
- L'indemnisation des victimes concernées trouve une solution, au moins partielle, grâce à trois initiatives : la loi de 1991 sur les « produits défectueux », l'allocation spécifique aux personnes contaminées par le VIH entre le 01/08/1985 et le 30/06/1986 par l'asbl AAPS, et la loi de 2010 instituant le Fonds des Accidents médicaux (FAM).
- Les solutions offertes par ces trois initiatives ne couvrent toutefois pas l'entièreté des situations particulières, et aucune des trois n'apporte une solution définitive aux cas qui pourraient survenir dans le futur. On constate en outre, a posteriori, que ces initiatives ont généré des discriminations entre des personnes qui sont pourtant égales en termes de pathologie et de voies de contamination.
- Il a été demandé au KCE par le Cabinet de revoir fondamentalement la problématique de la compensation financière des victimes de contamination par le VHC suite à une transfusion et de proposer des solutions pour mettre fin aux discriminations. Dans cette optique, le KCE a choisi de considérer sur un pied d'égalité les victimes de contamination transfusionnelle par le VIH ou le VHC (et uniquement ces deux catégories de patients).
- Le KCE estime, pour des motifs à la fois éthiques, scientifiques et pragmatiques, qu'il n'est pas souhaitable de fixer une date à partir de laquelle une contamination transfusionnelle donnerait droit à une compensation financière. Il y a donc lieu de prendre en considération toutes les contaminations par les virus VIH et VHC consécutives à une transfusion sanguine, quelle que soit l'année de la transfusion, pour autant qu'elle ait été effectuée en Belgique.
- L'indemnisation doit s'adresser aux victimes directes et secondaires. Par victimes 'directes' on entend toutes les personnes qui ont contracté le VIH ou le VHC par voie transfusionnelle, ainsi que les enfants contaminés durant la grossesse ou à la naissance. Les victimes 'secondaires' sont toutes les personnes qui entretiennent des relations affectives suivies avec la victime directe, qu'il y ait ou non lien de parenté.
- Pour ouvrir le droit à une compensation, la pathologie infectieuse doit entraîner un dommage suffisamment grave, c'est-à-dire occasionner une 'souffrance' chronique d'une durée minimale de 6 mois ou contraindre la victime à suivre un traitement lourd.
- Un montant forfaitaire est prévu pour les victimes directes ; un second montant, inférieur, est prévu pour les conjoints et 'assimilés' et un troisième montant, inférieur aux précédents, est prévu pour les enfants des victimes directes.



- Le KCE préconise l'adoption d'une nouvelle loi qui confierait au FAM une mission spécifique d'indemnisation forfaitaire des victimes de contamination par transfusion. Cette mission serait explicitement distincte de sa mission principale d'indemnisation des victimes d'accidents thérapeutiques. Dans cette mission spécifique serait appliqué le principe de renversement de la charge de la preuve.
- Le FAM serait également compétent pour tous les cas de contamination transfusionnelle à venir – dont on peut raisonnablement penser qu'ils seront très peu nombreux. Toutefois, étant donné qu'il n'est pas possible de prédire si d'autres pathologies transmissibles feront leur apparition chez nous à l'avenir, la liste des pathologies transmissibles par voie transfusionnelle devrait pouvoir être modifiée par le Roi sur la base d'éléments scientifiques.
- Le budget nécessaire à cette indemnisation s'élèverait à environ 67 millions d'euros, à répartir sur la période 2017-2022 (environ 13,6 millions d'euros pour 2017). Il s'agit d'un montant maximaliste car calculé sur la base d'hypothèses prudentes.
- Enfin, le KCE insiste sur la nécessité d'assurer la publicité nécessaire à cette nouvelle possibilité de compensation financière, notamment au travers des associations de patients, afin qu'elle puisse être mobilisée par tous ceux qui remplissent les conditions de son application, quel que soit leur niveau socio-économique, de formation et de littératie en santé.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
■	SYNTHÈSE	4
1.	CONTEXTE ET OBJECTIFS DE CE RAPPORT	5
1.1.	LE PRÉCÉDENT RAPPORT DU KCE (2010)	7
1.2.	LES OBJECTIFS DE CE RAPPORT	7
1.3.	MÉTHODE	8
2.	LES DISCRIMINATIONS POTENTIELLES.....	8
2.1.	DISCRIMINATION À L'ÉGARD DU TYPE DE PROBLÈME MÉDICAL PRIS EN CHARGE.....	8
2.2.	DISCRIMINATION PAR RAPPORT AU MOMENT DE LA CONTAMINATION.....	9
2.3.	DISCRIMINATION À L'ÉGARD DE LA VICTIME À INDEMNISER	10
2.4.	DISCRIMINATION PAR RAPPORT AU MODE DE COMPENSATION FINANCIÈRE.....	12
2.5.	NE PAS CRÉER UNE NOUVELLE DISCRIMINATION PAR MANQUE D'INFORMATION.....	12
3.	QUELQUES EXEMPLES ÉTRANGERS	13
3.1.	EN FRANCE	13
3.2.	EN SUÈDE	13
3.3.	EN ITALIE.....	13
3.4.	AU QUÉBEC	14
3.5.	EN ONTARIO	14
4.	VERS UN ÉLARGISSEMENT DES MISSIONS DU FAM	15
5.	LE COÛT DE LA NOUVELLE LOI	16
5.1.	PRÉAMBULE	16
5.2.	CHARGE FINANCIÈRE GLOBALE	17
■	RECOMMANDATIONS.....	18



1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE CE RAPPORT

« Il est de la responsabilité des gouvernements d'assurer un approvisionnement sans risque et suffisant en sang et en produits sanguins pour tous les patients ayant besoin d'une transfusion^a »

Organisation mondiale de la Santé, 1975

La situation des personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine ou sida (VIH) ou le virus de l'hépatite C (VHC) suite à une transfusion a déjà retenu beaucoup d'attention – en Belgique et ailleurs – et a fait l'objet de nombreuses discussions et projets ou propositions de loi depuis les années '80. La plupart des cas connus sont survenus dans la période précédant 1985 pour le VIH et 1990 pour le VHC. On considère que leur situation est exceptionnelle et qu'elle mérite une réponse spécifique. En Belgique, trois initiatives étaient susceptibles de solutionner (partiellement) cette question (Figure 1) :

- En **1991**, la loi relative à la responsabilité du fait des **produits défectueux^b** a notamment ouvert aux victimes d'une contamination (quelle qu'elle soit) lors d'une transfusion sanguine la possibilité de poursuivre la Croix-Rouge en sa qualité de « producteur » ou de fournisseur du sang. Toutefois, l'expérience montre qu'il n'est pas aisé d'obtenir gain de cause sur la base de cette loi, parce que les victimes doivent apporter non seulement la preuve qu'une transfusion a bien eu lieu, mais également la preuve d'un lien de causalité certain entre la transfusion et la contamination. Apporter cette preuve est très difficile pour des faits anciens en raison notamment de l'imperfection ou de l'absence d'enregistrement des actes médicaux. Le nombre très restreint de cas traités et acceptés par l'assureur de la Croix-Rouge en

atteste. Il faut également noter que **cette loi ne s'applique pas aux dommages dont la cause est antérieure à son entrée en vigueur (01/04/1991)**.

- En **2001**, une allocation a été accordée, de façon rétroactive, spécifiquement aux personnes **contaminées par le VIH** à la suite d'une transfusion sanguine effectuée en Belgique **entre le 1er août 1985 et le 30 juin 1986**. Cette opération ponctuelle avait été confiée à l'**asbl Association pour l'octroi d'une Allocation aux Personnes contaminées par le virus du Sida (AAPS)**, créée à cette seule fin et dissoute en 2009. Sur 44 demandes introduites, 38 ont été acceptées. Les montants octroyés s'élevaient à €124 000 pour les victimes, €62 000 pour les époux ou cohabitants légaux et €6 200 pour les enfants et parents de la victime.
- En **2010** a été adoptée la loi instituant le **Fonds des Accidents Médicaux (FAM)^c** qui offre aux victimes d'accidents médicaux la possibilité de demander la réparation des préjudices subis, pour autant que ceux-ci résultent d'une prestation de soins de santé et qu'ils soient considérés comme un dommage grave et anormal. Cette loi est aussi dite « No fault » parce qu'elle n'implique pas que la responsabilité de l'accident médical doive être établie.

Toutefois, les conditions d'application de cette loi s'avèrent très restrictives eu égard notamment à la nécessité pour la victime d'être atteinte d'un dommage anormal et suffisamment grave. Par ailleurs, elle **ne couvre que les accidents survenus à partir de son entrée en vigueur en date du 2 avril 2010**. Elle n'a donc pas apporté une solution aux personnes qui ont été victimes d'une transfusion contaminatrice avant cette date. De plus, l'assimilation d'une transfusion ayant causé un dommage à un accident médical fait l'objet d'interprétations en sens divers qui ne semblent pas avoir été définitivement tranchées à ce jour.

^a L'Assemblée mondiale de la Santé. Résolution WHA28.72 : Utilisation et obtention du sang humain et de ses dérivés. Dans : Vingtième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 13-30 mai 1975. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1975. Cité dans les recommandations relatives au 'Dépistage des infections transmissibles par transfusion dans les dons de sang', OMS, 2010, p.6.

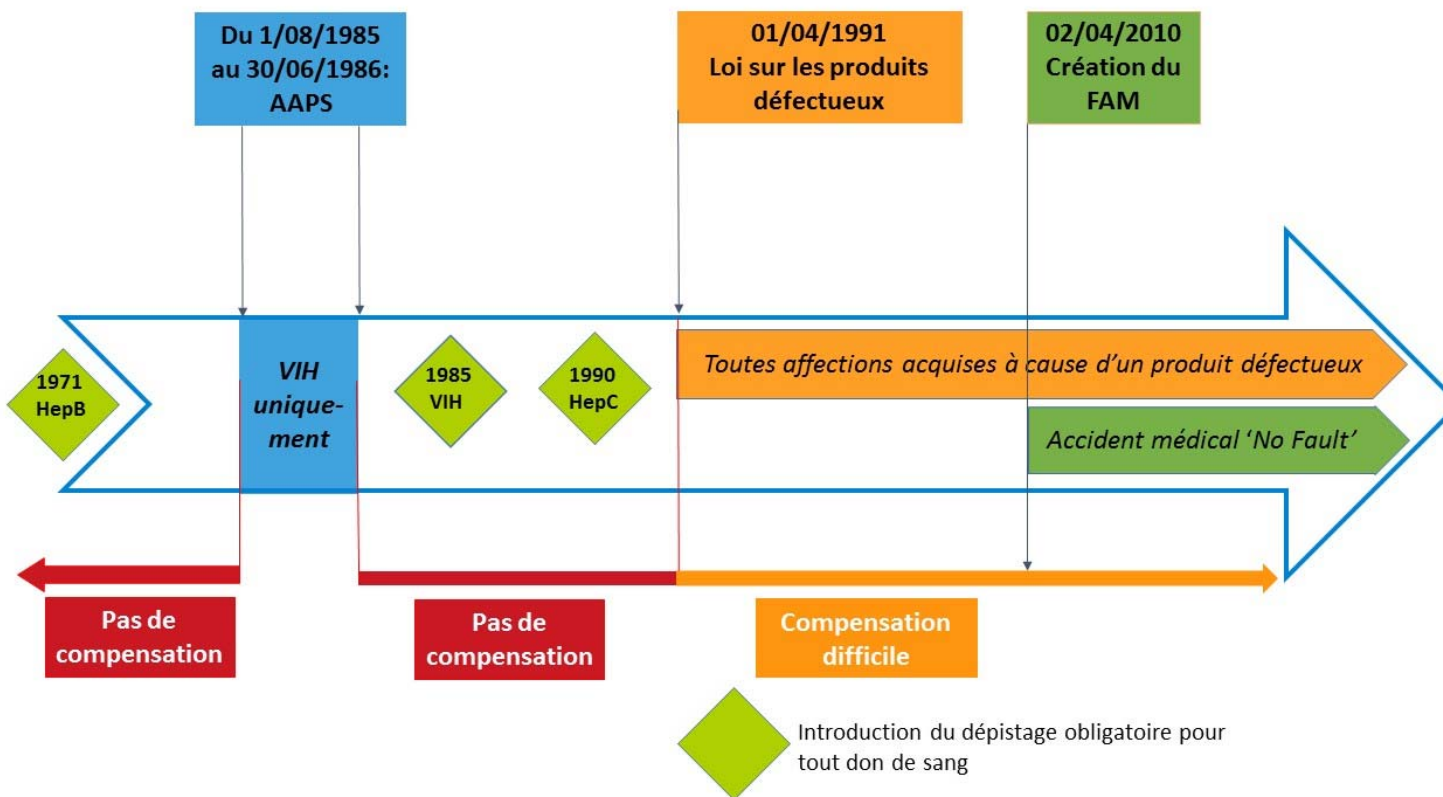
^b Loi du 25 février 1991 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, *MB*, 22 mars 1991.

^c Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, *MB*, 2 avril 2010.



Le FAM pourrait ainsi, par exemple, renvoyer les victimes d'une transfusion ayant occasionné un dommage vers la loi de 1991. La création du FAM ne peut donc pas non plus être considérée comme une solution définitive pour les contaminations par transfusion qui pourraient avoir lieu dans le futur.

Figure 1 – Possibilités de compensation au cours du temps





1.1. Le précédent rapport du KCE (2010)

À l'époque de son élaboration, la loi « No fault » de mars 2010 a suscité de nombreux débats, qui ont généré plusieurs propositions d'amendement. Le KCE a produit à cette époque un rapport (KCE Report 134) visant à analyser les conséquences potentielles de ces propositions et à vérifier si la nouvelle loi constituait un instrument adéquat pour répondre à la situation des personnes contaminées. Ce rapport établissait également des simulations budgétaires relatives aux différentes propositions en utilisant des modèles actuariels.

Ses conclusions furent que le Fonds des Accidents Médicaux (FAM) n'offrait pas de réponse adéquate aux personnes contaminées par le virus VIH avant le 1^{er} août 1985 ou par le virus de l'hépatite C avant le 1^{er} juillet 1990 (dates de l'introduction des tests de dépistage obligatoires pour ces maladies chez tous les donneurs de sang). Il soulignait également que les nouvelles propositions risquaient d'introduire des discriminations nouvelles non seulement entre les victimes de contamination suite à une transfusion et les victimes d'accidents thérapeutiques, mais également entre victimes d'accidents de contaminations transfusionnelles elles-mêmes^d. Il avait donc été recommandé à l'époque de ne pas modifier la loi existante.

1.2. Les objectifs de ce rapport

Dans sa déclaration gouvernementale, le gouvernement actuel prévoit qu'il « étudiera la création d'un fonds d'indemnisation pour les personnes dont il est prouvé qu'elles ont été infectées par le virus de l'hépatite C lors d'une transfusion sanguine **antérieure à 1986** afin d'éliminer la discrimination avec des personnes qui ont été infectées par le VIH dans les mêmes circonstances mais qui ont été indemnisées.»

C'est dans ce contexte qu'il a été demandé au KCE de ré-analyser de façon plus fondamentale la problématique de l'indemnisation des personnes contaminées par le VHC suite à une transfusion sanguine.

Toutefois il nous a semblé que nous ne pouvions examiner séparément la question des victimes transfusionnelles contaminées par le VHC et celles contaminées par le VIH, au risque, sinon, d'engendrer de nouvelles discriminations. **Le présent rapport a donc pour objectif d'examiner, selon des perspectives juridiques, éthiques et budgétaires, quel serait l'instrument le plus adéquat pour indemniser les victimes de transfusion contaminées par le VIH ou le VHC.**

Enfin, il est important de souligner que la mission qui incombait au KCE a été motivée par un questionnement politique et éthique relatif au traitement égal de personnes qui sont égales d'un certain point de vue : celui de la contamination par le VHC et le VIH à la suite d'une transfusion. Pour rencontrer ce questionnement, le KCE a mobilisé la solidarité et donc la responsabilité collective, sociale. À aucun moment, il n'aura été question d'une quelconque responsabilité juridique spécifique de l'État. En revanche, la solution qui sera proposée n'exclut en rien des recours sur la base de l'existence d'une responsabilité identifiée dans le chef d'un prestataire de soins ou d'une institution de soins. En d'autres termes, le recours à la solidarité ne rend pas caduques les lois régissant la responsabilité juridique lorsque celle-ci est identifiée.

^d Voir KCE Report 134 page 52 pour plus de détails



1.3. Méthode

Ce rapport résulte d'une combinaison de méthodes :

- Analyse des questions éthiques soulevées par l'indemnisation de victimes d'un dommage spécifique. Ces questions et leurs réponses constituent en quelque sorte le fil rouge du rapport ;
- Revue de la littérature juridique notamment de la jurisprudence belge appliquée à cette thématique ou à d'autres matières d'indemnisation ;
- Contextualisation internationale par l'analyse de la législation de différents pays ayant défini une stratégie pour l'indemnisation des victimes de contamination par transfusion (Suède, France, Québec, Ontario, Italie) ;
- Consultation d'experts externes : avocats spécialisés dans ces matières (Catherine Mélotte pour Thelius, Nicolas Estienne pour Estienne & Callewaert) et actuaires (Société Reacfin) ;
- Réunions de stakeholders (associations de patients, assureurs privés, mutualités, Croix-Rouge-Rode Kruis, FAM) ;
- Développement de modèles actuariels afin de déterminer l'impact budgétaire des mesures préconisées.

2. LES DISCRIMINATIONS POTENTIELLES

2.1. Discrimination à l'égard du type de problème médical pris en charge

En premier lieu, il est permis de se demander ce qui justifie que l'on privilégie les victimes d'une contamination par transfusion sanguine alors que l'on n'accorderait aucune compensation aux victimes infectées dans le passé à la suite d'autres modes potentiels de contamination, comme par exemple l'usage de matériel endoscopique. Voire toute personne ayant contracté une maladie infectieuse à l'hôpital (infection nosocomiale) ou suite à des soins médicaux en ambulatoire.

En effet, dans son rapport de 2010 (point 3.7), le KCE soulignait déjà : « Offrir aux victimes de l'hépatite C contaminées avant le 1^{er} juillet 1990 la possibilité d'obtenir réparation de leur dommage et refuser un tel droit aux autres patients victimes d'un aléa thérapeutique dans le passé (soit avant la publication de la loi du 31 mars 2010) ne peut à notre sens pas être justifié de manière objective ».

Si l'on veut éliminer toute forme de discrimination, il faudrait donc traiter de manière équitable tous les patients victimes d'un accident thérapeutique quel qu'il soit et quelles que soient les circonstances dans lesquelles il s'est produit.

Toutefois, même si ces questionnements sont légitimes, il y a lieu de rester pragmatique. Le point de départ de notre étude est clairement la volonté de représentants politiques de réduire les discriminations qui existent actuellement entre les victimes qui ont contracté, suite à une transfusion, soit le VIH, soit le virus de l'hépatite C. Il n'entre donc pas dans les objectifs de ce rapport de supprimer *toutes* les discriminations existantes dans le cadre de l'indemnisation de *tous* les dommages liés aux prestations de soins au sens large du terme.

En revanche, dans un souci d'équité mais aussi de cohérence, il nous semble pertinent de retenir non seulement les personnes contaminées par le virus de l'hépatite C suite à une transfusion sanguine mais également celles qui ont été contaminées par le VIH lors d'une transfusion effectuée



en dehors de la période pour laquelle une indemnisation a déjà été accordée grâce à l'intervention de l'asbl AAPS.

Étant donné qu'il n'est pas possible de prédire si d'autres pathologies transmissibles feront leur apparition chez nous à l'avenir, il nous semble également cohérent de prévoir que la liste des pathologies transmises par transfusion sanguine puisse être ultérieurement modifiée par le Roi, sur la base d'études scientifiques.

En outre, étant donné que les deux maladies infectieuses considérées peuvent rester cliniquement silencieuses pendant des années, voire indéfiniment, il semble pertinent de préciser que l'infection en question doit entraîner un dommage suffisamment grave, c'est-à-dire occasionner une 'souffrance' chronique d'une durée minimale de 6 mois ou nécessiter un traitement lourd.

La responsabilité sociétale

Dans notre système de soins, un malade qui a contracté une maladie, par exemple suite à des rapports sexuels non protégés, bénéficiera, au même titre que tout autre malade des soins nécessaires, couverts financièrement par une intervention de l'assurance maladie. C'est la solidarité de l'assurance maladie qui intervient et il n'est pas question de faire supporter au patient une quelconque responsabilité individuelle. Mais on ne peut pas pour autant invoquer une 'responsabilité sociétale' à son égard : le malade n'est pas considéré comme responsable certes... mais la société ne l'est pas non plus.

Par contre, lors d'une contamination par transfusion, le malade n'est évidemment pas considéré comme responsable, mais la société doit cette fois assumer une responsabilité qui relève d'un autre type de solidarité ; elle consiste à se préoccuper du sort de celles et ceux qui ont placé leur confiance dans un système 'collectif' qui a failli.

Il est donc recommandé de se focaliser actuellement sur les discriminations qui touchent les personnes qui ont contracté le VIH ou le virus de l'hépatite C suite à une transfusion sanguine effectuée sur le territoire belge.

2.2. Discrimination par rapport au moment de la contamination

Jusqu'à présent, des indemnisations ont été accordées pour des périodes déterminées (voir figure 1). Dans la situation actuelle les personnes qui n'ont aucun recours sont celles qui ont été contaminées suite à une transfusion :

- par le VIH avant le mois d'août 1985 et entre le 30/06/1986 et le 01/04/1991 (date d'entrée en vigueur de la loi du 25/02/1991)
- par le virus de l'hépatite C avant le 01/04/1991

Nous avons toutefois mis en évidence les difficultés d'obtenir réparation sur la base de la loi de 1991 et les incertitudes liées à l'interprétation du champ de compétences du FAM.

Si l'on excepte les personnes qui ont reçu une allocation de l'asbl AAPS, on peut donc considérer que l'ensemble des personnes qui ont contracté l'hépatite C par transfusion à n'importe quel moment dans le passé, ainsi que les personnes qui ont contracté le VIH en dehors de la période d'intervention de l'asbl AAPS sont victimes de discrimination.

La responsabilité sociétale ne commence-t-elle qu'avec l'apparition des moyens de détection ? En d'autres termes, la société pourrait-elle arguer, pour refuser d'indemniser, qu'elle était dans l'impossibilité matérielle de savoir qu'un risque existait tant qu'elle ne disposait d'aucun test pour détecter les virus en question ? La position est certainement défendable d'un point de vue purement juridique, mais d'un point de vue philosophique, d'autres positions sont envisageables et ont été défendues.



Ainsi, selon le philosophe français Henry Bergson, la réponse à cette question est non. En effet, ce philosophe postule que la possibilité d'un événement qui ne s'est jamais produit est tout au plus probable, mais qu'une fois qu'il s'est produit – ne fût-ce qu'une seule fois – il devient alors possible *de tous temps*. Et donc, dès le moment où une contamination par transfusion sanguine a été attestée, elle devenait bel et bien possible de tous temps. La responsabilité sociétale ne s'applique donc pas à partir de la découverte d'un test de détection fiable, ni même avec la connaissance de l'existence d'un risque potentiel, mais devrait remonter bien au-delà.

La responsabilité sociétale ne doit donc pas s'entendre comme une responsabilité pénale ou civile qui relève du droit. Il s'agit plutôt d'une responsabilité morale qui découle du fait sociétal. En effet, en matière de santé, une société peut faire le choix de mobiliser la solidarité à l'égard de celles et ceux qui sont victimes de ce que l'on pourrait appeler la 'malchance'. Même si un défaut de précaution ne peut être invoqué – tant que l'existence du virus était inconnue – il demeure que certaines personnes ont vu leur vie affectée par cette malchance et que l'on ne peut se désintéresser de leur sort.

La période pour laquelle on peut prévoir une indemnisation devrait, si l'on suit une logique juridique, être définie par une date de début. Cette date pourrait être celle de la découverte et de l'application d'un test de détection fiable. Toutefois, il nous semble préférable d'éviter de déterminer une telle date, et ce non seulement en raison des arguments philosophiques et moraux exposés ci-dessus, mais aussi pour des raisons pragmatiques. D'une part, les connaissances scientifiques ne permettent pas de dater avec précision le moment d'apparition des virus incriminés dans notre pays, ni la date exacte à partir de laquelle l'application du test devenait impérative et réalisable. D'autre part, nous savons que les marqueurs infectieux ne sont pas immédiatement détectables dans le sang après l'épisode contaminateur, chaque infection se caractérisant par une fenêtre temporelle au cours de laquelle le test se révélera négatif malgré la présence de l'agent infectieux. De plus, les différents types de tests ont des performances différentes à cet égard. Le seul fait qu'un test soit négatif ne constitue donc

pas une certitude d'absence de contamination, ce qui relativise encore plus le poids de la date d'introduction du test de dépistage.

Il est donc recommandé de prendre en considération toutes les contaminations par les virus VIH et VHC consécutives à des transfusions sanguines, quel que soit le moment où ces transfusions ont été effectuées, pour autant qu'elles aient été effectuées en Belgique (dans la suite du texte le terme 'contaminations' référera à ces conditions).

2.3. Discrimination à l'égard de la victime à indemniser

Dans la situation actuelle, les personnes indemnisées l'ont été à titre de victime directe, ou indirecte, ou héritiers, selon les cas.

Les victimes directes

La **victime directe** est celle qui est atteinte personnellement dans son intégrité physique ou psychique, à savoir la personne qui a reçu la transfusion sanguine contaminante.

La problématique qui nous intéresse ici comporte cependant un cas particulier : celui des **enfants nés** d'une mère contaminée lors d'une transfusion sanguine (antérieure à la grossesse ou ayant lieu pendant celle-ci), et qui seraient **contaminés in utero ou au cours de l'accouchement**. On sait en effet que la naissance est un moment critique pour la transmission mère-enfant, même quand ce dernier a été épargné pendant toute la grossesse. Dans le cas de la contamination transfusionnelle, les enfants à naître, jusque et y compris le moment de leur naissance, doivent donc être considérés comme des victimes directes.



Les victimes indirectes

Les **victimes indirectes** ou victimes « par ricochet » sont les personnes qui ont subi des préjudices divers inhérents à la pathologie de la victime directe en raison de leur proximité de vie avec celle-ci. Si l'on remonte dans le passé, la probabilité que la victime directe soit décédée est d'ailleurs élevée et seules les victimes indirectes pourraient encore prétendre à une indemnisation.

Il serait possible de limiter l'indemnisation aux victimes directes demandant personnellement la réparation de leur dommage propre, excluant ainsi *de facto* les victimes indirectes ainsi que les héritiers des victimes directes et indirectes. Une telle exclusion ne cadrerait pas avec le régime appliqué en droit commun et dans la plupart des autres régimes d'indemnisation (par exemple la loi sur les produits défectueux ou la loi du 31 mars 2010), et constituerait donc une discrimination potentielle. L'exclusion des victimes indirectes serait d'autant plus difficile à justifier qu'une étude juridique récente a contesté l'opportunité d'une distinction entre victimes directes et victimes indirectes^e.

Il semble toutefois pertinent, dans un système basé sur la solidarité et non sur la responsabilité, **de limiter les catégories de personnes à indemniser au titre de victimes indirectes**, car ce terme peut être interprété très largement, incluant des employeurs, des assureurs, etc. Il semble donc indispensable de se limiter aux 'proches', à des personnes dont on peut prouver une certaine 'densité' de liens de vie : partenaires de vie, parents, enfants, éventuellement frères et sœurs, cohabitants, aidants proches, etc. Ce n'est donc pas le lien de parenté officiel qui devrait prévaloir mais surtout la 'proximité relationnelle'. Dans ce rapport, nous appellerons ces personnes des **victimes secondaires**.

À noter qu'il semble prudent de ne pas offrir de statut particulier aux victimes secondaires dont le préjudice est une contamination par le même virus suite à des relations sexuelles avec la victime directe. En effet, dans ce domaine, il est extrêmement délicat d'établir avec certitude la relation de cause à effet (partenaires multiples, relations cachées, etc.).

Les héritiers

À l'heure actuelle, la loi prévoit que les victimes directes et indirectes disposent d'une créance d'indemnisation, et que cette créance est transmise de plein droit, à leur décès, à leurs héritiers^f. Techniquement, une loi nouvelle organisant l'indemnisation des victimes d'une contamination pourrait déroger à cet article de loi mais ceci créerait une différence de traitement entre les héritiers des victimes en général et les héritiers d'une victime bénéficiant d'une compensation dans le cadre de la loi à venir.

Toutefois, l'intervention de l'asbl AAPS s'est limitée aux victimes directes et à leurs éventuels conjoints ou cohabitants légaux, enfants et parents. Pour ne pas créer de nouvelles discriminations, nous nous basons sur ce précédent pour établir un mode d'intervention qui se base, au moins partiellement, sur ces mêmes catégories de bénéficiaires.

Il est donc recommandé d'intervenir financièrement (mode à définir) à l'égard des victimes directes (en ce compris les enfants à naître jusque et y compris le moment de la naissance) et secondaires de contaminations, telles que définies précédemment.

^e J.L. FAGNART, « Quelle égalité pour les victimes ? », *For. ass.*, 2014, 209-217.

^f Article 724 du Code civil



2.4. Discrimination par rapport au mode de compensation financière

On entend par mode de compensation financière le montant octroyé afin de compenser, d'une certaine manière, les souffrances subies suite à la transmission de la pathologie infectieuse. Il s'agit ici de peser les avantages et inconvénients de l'indemnisation intégrale versus forfaitaire.

L'**indemnisation intégrale** est probablement la plus répandue ; elle permet d'adapter la compensation financière des dommages à la spécificité de la situation. Elle présente toutefois deux inconvénients majeurs ; la difficulté d'établir l'ampleur des dommages pour des cas anciens et la complexité d'établir des budgets face à la diversité des cas et l'imprévisibilité des coûts.

Quant à l'**intervention forfaitaire**, si elle présente l'avantage de la simplicité, elle déroge toutefois à la règle qui commande d'apprécier un dommage concrètement en fonction des spécificités propres à chaque victime et s'avère donc intrinsèquement inéquitable. En effet, le forfait permet d'accorder à tous une indemnisation égale, alors que chaque cas est particulier. L'évaluation de son coût global est en revanche plus simple.

Si l'on souhaite réduire réellement les discriminations, il faut imaginer une procédure qui ne soit ni trop lourde, ni trop complexe, ni trop coûteuse. Elle devra tenir compte de la difficulté d'apporter la preuve d'un lien de causalité certain entre la pathologie et la transfusion (effectuée en Belgique) pour des faits anciens. De ce point de vue, une indemnisation intégrale défavoriserait clairement les personnes contaminées il y a longtemps, car il leur sera impossible, dans la majorité des cas, de chiffrer (preuves à l'appui) les dommages causés par la maladie. Seules les victimes ayant établi au fil des années un dossier solide pourront obtenir un dédommagement conséquent. Il serait alors à craindre que les inégalités sociales déjà bien présentes dans les soins de santé et la santé en général ne caractérisent une fois de plus la capacité de recours à une forme d'indemnisation qui requerrait une parfaite organisation administrative doublée d'une compréhension précise des arcanes juridiques.

Étant donné la **variabilité prévisible** des situations qui pourront se présenter, il nous semble donc **plus raisonnable et plus équitable de tabler sur une compensation forfaitaire**.

Un montant doit être prévu pour les victimes directes, et un autre montant, inférieur, pour les victimes secondaires. Il est envisageable d'établir des montants différents pour ces victimes secondaires en fonction de leur degré de 'proximité' avec la victime directe, comme cela avait été le cas pour l'indemnisation forfaitaire ponctuelle réalisée par l'asbl AAPS.

NB : Les compensations éventuelles obtenues précédemment dans le cadre de l'asbl AAPS restent acquises. Si une autre indemnisation, d'un montant inférieur au forfait prévu par la nouvelle loi, a déjà été obtenue par la victime, elle pourra alors bénéficier du versement d'un montant égal à la différence entre le forfait et l'indemnité déjà perçue.

Il est donc recommandé d'indemniser de manière forfaitaire les victimes directes et secondaires de la contamination.

2.5. Ne pas créer une nouvelle discrimination par manque d'information

Toute nouvelle loi visant à la suppression des discriminations devrait non seulement permettre des procédures aisées, mais devrait aussi faire l'objet d'une publicité suffisante, notamment au travers des associations de patients, pour que tous ceux qui remplissent les conditions de son application puissent y avoir recours, quel que soit leur niveau social, économique ou culturel. Il serait alors raisonnable que les victimes disposent d'une période de cinq années commençant au moment de l'entrée en vigueur de la loi ; à l'issue de cette période, plus aucune action ne serait recevable.

Il est donc recommandé d'apporter la publicité nécessaire, notamment au travers des associations de patients, afin que la nouvelle possibilité de compensation financière puisse être mobilisée par tous ceux qui remplissent les conditions de son application.



3. QUELQUES EXEMPLES ÉTRANGERS

Une description rapide des systèmes de compensation mis en œuvre à l'étranger montre que ces pays ont été confrontés à une problématique similaire et que, en général, les mesures mises en place sont restées relativement simples.

3.1. En France

L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) créé en 2002 a été chargé en 2004 d'indemniser les victimes de dommages transfusionnels résultant de contaminations par le VIH. Depuis le 1^{er} janvier 2009, l'ONIAM indemnise également les victimes de contamination par le virus de l'hépatite C, quelle que soit la date de la contamination. La loi du 17 décembre 2012 charge également l'ONIAM d'indemniser les victimes qui ont été contaminées, suite à une transfusion, par le virus de l'hépatite B (6 demandes en 2014) et le virus T-lymphotropique humain (HTLV) (aucune demande en 2014). La transfusion doit avoir eu lieu en France et la victime ne doit pas prouver le lien de causalité entre la transfusion et la contamination ; c'est au centre de transfusion ou au débiteur de l'indemnisation qu'il revient de faire la preuve d'absence de causalité (renversement de la charge de la preuve). En outre, l'ONIAM intervient pour des accidents médicaux pour lesquels il ne faut pas prouver l'existence d'une faute. Les faits considérés ne sont prescrits qu'à l'issue d'une période de 10 années qui commence avec la consolidation du dommage. L'ONIAM procède à une indemnisation intégrale sur la base d'un référentiel spécifique.

3.2. En Suède

Depuis le 1^{er} janvier 1997, tous les établissements de soins suédois doivent souscrire une assurance permettant l'indemnisation des victimes de dommages (tant physiques que psychiques) d'actes médicaux, en ce compris la transfusion sanguine. La victime doit établir l'acte médical qui est la cause du dommage avec une *prépondérante probabilité*, mais ne doit pas prouver un lien de causalité entre cet acte et le dommage, ni prouver une faute ou identifier un responsable. Le principe d'indemnisation est celui de l'indemnisation intégrale sans possibilité d'enrichissement, c'est-à-dire qu'il est tenu compte des sommes que la victime aurait reçues suite à l'intervention d'autres institutions. Un délai de prescription de 3 ans prend cours au moment où le dommage s'est manifesté pour la première fois. Notons que la Finlande en 1986, la Norvège en 1988 et le Danemark en 1997, ont institué des lois similaires. La loi suédoise a également inspiré des articles importants de la loi belge du 31 mars 2010 créant le Fonds des accidents médicaux.

3.3. En Italie

Une loi datant de 25 février 1992 permet l'indemnisation de victimes de transfusions sanguines qui ont contracté l'hépatite C ou le VIH et qui ont subi des dommages irréversibles. La transfusion doit avoir eu lieu après le 24 juillet 1978. Les victimes ne bénéficient pas d'une indemnisation intégrale mais perçoivent une indemnisation composée d'un volet fixe et d'un volet complémentaire. L'absence d'indexation du montant de ces volets en fonction de l'évolution du niveau général des prix a suscité des recours auprès de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (non encore tranchés).



3.4. Au Québec

Pour être considérée comme victime de transfusion, une personne doit avoir reçu un produit défectueux ou contaminé par des pathogènes connus ou inconnus, distribué par Héma-Québec^g, après le 27 septembre 1998, dans un établissement du Québec, ou avoir contracté la maladie d'une autre personne qui a reçu un produit défectueux distribué par Héma-Québec, après cette même date, dans un établissement du Québec. Elle doit faire parvenir une demande d'indemnisation à l'Institut National de Santé publique (INSPQ) dans un délai de 3 ans à partir de la date de la première manifestation du préjudice corporel^h.

Par ailleurs, les personnes qui ont contracté le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine ou de l'administration de produits sanguins entre le 1^{er} janvier 1986 (date à partir de laquelle il est devenu possible d'exclure certains donneurs à risque), et le 1^{er} juillet 1990 (date qui correspond à l'utilisation systématique du test de dépistage de l'hépatite C pour tous les dons de sang) sont couvertes par un règlement fédéral-provincial-territorial auquel le gouvernement du Québec contribue. En mai 1999, le gouvernement du Québec a décidé, pour des raisons humanitaires, d'offrir une aide financière à chacune des personnes qui a contracté le virus avant 1986 et après 1990. En vertu de ce programme d'indemnisation, 864 personnes ont reçu jusqu'à maintenant du gouvernement du Québec un chèque de 10 000 \$ⁱ.

^g Héma-Québec est un organisme qui distribue, entre autres, des produits sanguins et des tissus au Québec

^h Voir <https://www.hema-quebec.qc.ca/sang/savoir-plus/mesures-securite/indemnisation-victimes.fr.html>

ⁱ Voir <https://www.premier-ministre.gouv.qc.ca/actualites/communiques/2004/mars/2004-03-24a.asp>

3.5. En Ontario

Le Programme Ontarien d'Aide aux Victimes de l'Hépatite C (POAVCH) reconnaît comme victimes indemnisables :

- les personnes contaminées par le VHC avant le 1^{er} janvier 1986 ou entre le 2 juillet 1990 et le 28 septembre 1998. La contamination doit s'être produite dans le cadre du système ontarien d'approvisionnement en sang ;
- les personnes contaminées suite à l'infection par le VHC d'un conjoint, partenaire ou mère (par transmission verticale pendant la gestation ou la naissance) ayant lui/elle-même contracté le VHC par le biais du système ontarien d'approvisionnement sanguin ;
- les héritiers d'une personne ayant contracté le virus par le biais du système ontarien d'approvisionnement en sang au cours de la période visée^k.

^j Voir également une excellente synthèse de la situation canadienne <http://www.bdp.parl.gc.ca/content/lop/researchpublications/prb9915-f.htm>

^k Voir http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/hepcf/hepc_assistplanf.html



4. VERS UN ÉLARGISSEMENT DES MISSIONS DU FAM

Le Fonds des Accidents Médicaux (FAM) a été créé par la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (loi dite « No fault » parce qu'elle n'implique pas que la responsabilité de l'accident médical doive être établie). Le FAM semble, à première vue, être l'institution naturellement appelée à prendre en charge financièrement les victimes d'une contamination subie à une époque relativement ancienne, à l'instar de l'ONIAM en France.

Cependant, plusieurs incompatibilités existent, dans l'état actuel des choses, entre les mesures législatives régissant le fonctionnement du FAM et les spécificités souhaitées pour la mise en œuvre des mesures de compensation financière des victimes de contamination par transfusion :

- le FAM n'intervient que pour les accidents médicaux postérieurs à la date d'entrée en vigueur de la loi (le 2 avril 2010);
- le FAM « *indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun (...)* » c'est-à-dire compensation intégrale, règles de prescription, etc).
- à ce jour, la question de savoir si une contamination par transfusion doit être considérée comme un accident médical ou comme la conséquence de l'administration d'un *produit défectueux* n'a pas encore trouvé une réponse définitive.

Comme il ne semble pas souhaitable de modifier la loi (déjà très complexe) du 31 mars 2010, une solution serait **l'adoption d'une loi distincte qui confierait au FAM une mission spécifique d'indemnisation forfaitaire des victimes de contamination par transfusion**. Le FAM deviendrait donc le 'véhicule' utilisé pour cette compensation, qui serait explicitement distincte des indemnisations d'accidents thérapeutiques constituant la mission principale du FAM.

Cette solution permettrait d'une part de répondre aux trois difficultés susmentionnées, c'est-à-dire :

- qu'il serait possible de prendre en charge les dommages consécutifs à des faits (transfusions) antérieurs à la date d'entrée en vigueur de la loi (action rétroactive) ;
- qu'il ne serait pas nécessaire de calquer le régime d'indemnisation spécifique pour les victimes transfusionnelles sur celui des victimes d'un accident médical sans responsabilité. Il serait donc possible de compenser les victimes de manière forfaitaire ;
- qu'il ne serait plus nécessaire de trancher la question de l'assimilation de la transfusion à un accident médical, celle-ci faisant *de facto* l'objet d'une *autre* mission du FAM.

Le FAM deviendrait ainsi compétent pour la compensation financière des victimes de contaminations transfusionnelles antérieures à la date d'entrée en vigueur de la loi à promulguer, mais il nous semble important qu'il le soit également pour tous les cas postérieurs à cette date. En effet, afin de ne pas créer une nouvelle discrimination, il s'agirait de permettre au FAM d'intervenir pour les nouveaux cas à venir – dont on peut raisonnablement penser qu'ils seront très peu nombreux – ainsi que pour d'autres pathologies transmissibles que le Roi estimerait utile d'ajouter à la liste.

Pour ces nouveaux cas, un délai de prescription de 5 années à partir du moment de la connaissance du dommage pourrait être appliqué. Ce délai ne serait toutefois pas éteint avant la consolidation de la pathologie infectieuse à l'origine des dommages.

Nous proposons également que soit appliquée une présomption réfragable de causalité (renversement de la charge de la preuve). Le patient devra apporter la preuve de la transfusion et de la lésion, à savoir la contamination par le virus. Une fois ces deux éléments démontrés, la victime aura droit à la compensation, sauf si l'institution chargée de l'indemnisation (le FAM) apporte la preuve que la transfusion n'est pas à l'origine de la contamination. À l'inverse, un droit de subrogation serait prévu en faveur du FAM pour les cas où le dossier d'une victime met en évidence une faute dont l'auteur est identifié.



Enfin, il faut insister pour que les dispositions nécessaires soient mises en place pour assurer au FAM les possibilités pratiques et les ressources financières permettant d'assurer cette nouvelle mission.

5. LE COÛT DE LA NOUVELLE LOI

5.1. Préambule

Le coût de la proposition de loi dépend :

- des principes de son application (statut de victime directe ou secondaire, absence de charge de la preuve de la causalité entre la transfusion et la pathologie, preuve d'une transfusion effectuée sur le territoire belge, montants octroyés) ;
- des données disponibles (nombre de personnes contaminées par transfusion, taux de mortalité de la population concernée) ;
- des hypothèses formulées en l'absence de données précises ou fiables (notamment au sujet du taux de recours à la loi ou du taux de victimes qui ont connaissance de leur pathologie confirmée par un diagnostic médical).

L'évaluation des coûts de l'introduction de la nouvelle loi s'est limitée à **l'indemnisation des victimes directes et des victimes secondaires de l'hépatite C et du VIH**. Pour les victimes secondaires, nous nous sommes limités aux personnes qui entretiennent des relations affectives régulières avec la victime directe (partenaires de vie, parents, frères et sœurs, cohabitants, aidants proches, etc.) et aux enfants.

Toutes les données fiables disponibles à ce jour ont été utilisées. Lorsqu'il n'existait pas de données fiables, nous avons formulé des hypothèses 'prudentes', c'est-à-dire des hypothèses surestimant le nombre de victimes à indemniser. Une telle démarche permet d'établir un plan de couverture des coûts qui offre une grande sécurité budgétaire étant donné que les montants sont maximalistes. Le coût de l'introduction de la loi proposée, tel que calculé ici, est donc très vraisemblablement surestimé également.

C'est essentiellement par rapport aux coûts liés à l'indemnisation des victimes contaminées par le **virus de l'hépatite C** que nous avons dû poser des hypothèses, étant donné qu'il n'existe pas, en Belgique, de recensement officiel des victimes de ce virus. Le nombre de victimes transfusionnelles a dès lors été estimé sur la base du recoupement de



sources nationales et internationales (pour le détail de ces hypothèses, voir la section 'Coûts' du rapport scientifique).

À la différence du VHC, le **VIH** est un virus qui bénéficie d'un suivi important des autorités sanitaires belges. Il existe en Belgique sept laboratoires de référence reconnus par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). Ces laboratoires réalisent les tests de confirmation des diagnostics de dépistage et s'efforcent de récolter les données épidémiologiques du patient. Ces données sont ensuite validées, analysées et publiées. Par conséquent, bon nombre d'informations sont disponibles et ont pu être employées dans le cadre de cette étude.

5.2. Charge financière globale

Nos estimations nous mènent à un nombre de **victimes directes** à indemniser de :

- **pour le VHC : 1.243 victimes directes** pouvant bénéficier d'une réparation sur une période qui s'étend de 2017 à 2034. Toutefois, sur la base des tables de mortalité, on peut estimer que, au-delà de 2022, les coûts annuels deviennent négligeables .
- **pour le VIH : 41 victimes directes¹** potentiellement indemnissables.

Une moyenne de **2,7 victimes secondaires par victime directe** semble raisonnable si l'on considère que chaque victime directe a ou avait un partenaire de vie ou un 'proche' au sens de la présente proposition et 1,7 enfant (moyenne nationale par ménage). En supposant que toutes ces victimes secondaires seront encore en vie au moment où elles pourront réclamer une indemnisation (hypothèse prudente), leur nombre s'élèverait à **6.072 pour le VHC** sur toute la période qui s'étend de 2017 à 2034 et à **184 pour le VIH**. Dans les deux cas, nous avons pris en considération non seulement les victimes secondaires associées aux victimes directes vivantes mais aussi celles associées aux victimes directes décédées.

Nous avons supposé que les victimes directes toucheraient chacune 20.000€, les 'proches' 10.000€ et les enfants 5.000€ chacun.

Les **coûts globaux**, calculés sur la base des différentes hypothèses, tant pour les victimes du VIH que pour les victimes du VHC, sont synthétisés dans le tableau ci-dessous (pour plus de précisions sur le calcul de ces coûts, voir le rapport scientifique, chapitre 8). Il faut bien entendu ajouter à ces chiffres les ressources nécessaires au FAM pour le traitement d'environ 7.500 dossiers supplémentaires.

Tableau 1 – Coûts pour l'ensemble des pathologies considérées pour la période 2017-2022

	Victimes directes	Proches	Enfants	Total
2017	5.444.000	4.406.000	3.745.100	13.595.100
2018	10.108.000	8.852.000	7.524.200	26.484.200
2019	4.804.000	4.526.000	3.847.100	13.177.100
2020	2.322.000	2.348.000	1.995.800	6.665.800
2021	1.161.000	1.244.000	1.057.400	3.462.400
2022	1.021.000	1.234.000	1.048.900	3.303.900
Total	24.860.000	22.610.000	19.218.500	66.688.500

En conclusion c'est un budget d'environ **67 millions d'euros**, dont l'affectation se répartirait sur la période 2017-2022 (environ 13,6 millions pour 2017), qui serait nécessaire afin de réduire les discriminations touchant actuellement les victimes de transfusions sanguines qui ont contracté l'hépatite ou le HIV.

¹ Ce chiffre prend également en compte les hémophiles qui ont été contaminés sur le territoire belge. Par contre, il exclut les personnes ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation par l'asbl AAPS entre 2001 et 2005.



■ RECOMMANDATIONS^m

1. Prévoir une compensation financière selon les principes énumérés ci-dessous :

1.1. *Bénéficiaires*

- On entend par victimes 'directes' toutes les personnes
 - qui ont contracté le VIH ou le VHC par voie transfusionnelle (la liste des pathologies transmissibles par voie transfusionnelle devrait pouvoir être modifiée par le Roi sur la base d'éléments scientifiques)
 - qui ont été transfusées en Belgique
 - quelle que soit la date à laquelle la transfusion a eu lieu
- Les enfants de victimes directes contaminés durant la grossesse ou la naissance sont considérés comme des victimes 'directes'.

On entend par victimes 'secondaires' toutes les personnes qui entretiennent des relations affectives régulières avec la victime directe (partenaires de vie, parents, enfants, voire frères et sœurs, cohabitants, aidants proches, etc.). Ce n'est donc pas le lien de parenté officiel qui devrait prévaloir mais surtout la 'proximité relationnelle'.

1.2. *Pathologies concernées*

- La pathologie doit être due au VIH ou au VHC et doit entraîner un dommage suffisamment grave, c'est-à-dire occasionner une 'souffrance' chronique d'une durée minimale de 6 mois ou contraindre la victime à suivre un traitement lourd.

1.3. *Mode de compensation financière*

- On entend par mode de compensation financière le montant forfaitaire octroyé afin de compenser, d'une certaine manière, les souffrances subies suite à la transmission de la pathologie.
- La compensation financière est octroyée si la victime peut prouver qu'elle a été transfusée en Belgique et qu'elle a été contaminée par le VIH ou le VHC.

^m Le KCE reste seul responsable des recommandations.



- Un montant forfaitaire est prévu pour les victimes directes ; un second montant, inférieur, est prévu pour le 'partenaire de vie' et un troisième montant, inférieur aux précédents, est prévu pour les enfants des victimes directes.
 - Les compensations déjà obtenues restent acquises. Si ces indemnités sont d'un montant inférieur au forfait prévu par la nouvelle loi spécifique, la victime pourra alors bénéficier du versement d'un montant égal à la différence entre le forfait et l'indemnité déjà perçue.
2. Confier par la loi une nouvelle mission spécifique au Fonds des Accidents Médicaux (FAM) afin d'octroyer une compensation financière aux victimes 'directes' et 'secondaires' selon les principes d'indemnisation précités. Cette loi doit en outre prévoir :
- une présomption réfragable de causalité : c'est au FAM qu'il incombe de prouver que la transfusion n'a pas eu lieu (en Belgique) ou que le sang transfusé n'était pas contaminé (renversement de la charge de la preuve) ;
 - un droit de subrogation en faveur du FAM pour les cas où le dossier d'une victime met en évidence une faute dont l'auteur est identifié ;
 - les dispositions nécessaires pour assurer au FAM les possibilités pratiques permettant d'assurer cette nouvelle mission.
3. Assurer la publicité nécessaire, notamment au travers des associations de patients, afin que la nouvelle possibilité de compensation financière puisse être connue par tous ceux qui remplissent les conditions de son application.



COLOPHON

Titre:	La compensation financière des victimes d'accidents transfusionnels – une tentative de réduire les discriminations – Synthèse
Auteurs:	Christian Léonard (KCE), Catherine Mélotte (Thelius), Xavier Maréchal (Reacfin), Irm Vinck (KCE), Nicolas Estienne (Estienne & Callewaert), Sabine Stordeur (KCE)
Coordinateur de projet :	Sabine Stordeur (KCE)
Rédaction synthèse :	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Relecture :	Maria-Isabel Farfan (KCE), Laurence Kohn (KCE), Raf Mertens (KCE)
Stakeholders :	Muriel Colinet (CHAC asbl), Benoît Collin (FAM – FMO, INAMI – RIZIV), Veerle Compennolle (Rode Kruis Vlaanderen), Hugo Coppens (Onafhankelijke Ziekenfondsen), Isabelle Dagneaux (Université de Namur), Geneviève Haucotte (FAM – FMO, INAMI – RIZIV), Mia Honinckx (FAM – FMO), Ria Koeck (Sensoa, Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid), Danièle Sondag (Croix-Rouge de Belgique), Rita Thys (Assuralia), Daniëlla Verbruggen (Union Nationale des Mutualités Socialistes)
Validateurs externes :	Pierre Slegers (EQUAL Partners), Philippe Tréguier (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux [ONIAM], France), Thierry Vansweevelt (Universiteit Antwerpen)
Autres intérêts déclarés :	<p>Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Benoît Colin (FAM – FMO, INAMI – RIZIV), Geneviève Haucotte (FAM – FMO, INAMI – RIZIV), Mia Honinckx (FAM – FMO), Rita Thys (Assuralia)</p> <p>Propriétaire de parts de capital, d'options, d'actions ou d'autres instruments financiers : Xavier Maréchal (Reacfin)</p> <p>Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Xavier Maréchal (Reacfin), Pierre Slegers (Assistance à la rédaction de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé)</p> <p>Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Veerle Compennolle (Rode Kruis Vlaanderen), Xavier Maréchal (Reacfin), Danièle Sondag (Croix-Rouge de Belgique)</p> <p>Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Benoît Colin (FAM – FMO, INAMI – RIZIV), Daniëlla Verbruggen (Service Juridique Mutualités Socialistes)</p>
Layout:	Ine Verhulst



Disclaimer :

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister, de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication : 20 octobre 2016
Domaine : Health Services Research (HSR)
MeSH : Insurance, Liability ; Actuarial Analysis ; Malpractice, Blood Transfusion
Classification NLM : HG 8054
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2016/10.273/72
ISSN : 2466-6459
Copyright : KCE reports are published under a "by/nc/nd" Creative Commons Licence
<http://kce.fgov.be/content/about-copyrights-for-kce-reports>.



Comment citer ce rapport ?

Léonard C, Mélotte C, Maréchal X, Vinck I, Estienne N, Stordeur S. La compensation financière des victimes d'accidents transfusionnels – une tentative de réduire les discriminations – Synthèse. Health Services Research (HSR) Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 273Bs. D/2016/10.273/72.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.