

De vergoeding van slachtoffers besmet met het hepatitis C-virus of het HIV- virus door bloedtransfusie

KCE reports 134A

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Voorstelling: Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programma-wet van 24 december 2002 (artikelen 262 tot 266) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

Effectieve leden: Pierre Gillet (Voorzitter), Dirk Cuypers (Ondervoorzitter), Jo De Cock (Ondervoorzitter), Frank Van Massenhove (Ondervoorzitter), Yolande Avondtroodt, Jean-Pierre Baeyens, Ri de Ridder, Olivier De Stexhe, Johan Pauwels, Daniel Devos, Jean-Noël Godin, Floris Goyens, Jef Maes, Pascal Mertens, Marc Moens, Marco Schetgen, Patrick Verertbruggen, Michel Foulon, Myriam Hubinon, Michael Callens, Bernard Lange, Jean-Claude Praet.

Plaatsvervangers: Rita Cuypers, Christiaan De Coster, Benoît Collin, Lambert Stamatakis, Karel Vermeyen, Katrien Kesteloot, Bart Ooghe, Frederic Lernoux, Anne Vanderstappen, Paul Palsterman, Geert Messiaen, Anne Remacle, Roland Lemeye, Annick Poncé, Pierre Smiets, Jan Bertels, Catherine Lucet, Ludo Meyers, Olivier Thonon, François Perl.

Regeringscommissaris: Yves Roger

Directie

Algemeen Directeur: Raf Mertens

Adjunct Algemeen Directeur: Jean-Pierre Closon

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel
Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email: info@kce.fgov.be

Web: <http://www.kce.fgov.be>

De vergoeding van
slachtoffers besmet met het
hepatitis C-virus of het HIV-
virus door bloedtransfusie

KCE reports 134A

BENOÎT-LAURENT YERNA, CATHERINE MÉLOTTE, JEAN-PIERRE CLOSON

KCE reports I34A

Titel:	De vergoeding van slachtoffers besmet met het hepatitis C-virus of het HIV-virus door bloedtransfusie.
Auteurs:	Benoît-Laurent Yerna (Reacfin), Catherine Mélotte (THELIUS), Jean-Pierre Closon (KCE)
Interne validatie:	Frank Hulstaert (KCE), Imgard Vinck (KCE)
Externe experts:	Yves Horsmans (UCL-St Luc), Eric Houtevels (MC), Fabienne Knapen (CHR Citadelle), Ludo Muylle (UZA), Sophie Quoilin (WIV), André Sasse (WIV), Danièle Sondag (Rode Kruis), Rita Thys (Assuralia)
Externe validatoren:	Dominique Martin (ONIAM), Marc Van Ranst (KUL), Thierry Vansweevelt (UA)
Conflict of interest:	Marc Van Ranst en Thierry Vansweevelt hebben verklaard een vergoeding en/of een terugbetaling van kosten, als gevolg van hun deelname aan een symposium, ontvangen te hebben. Danièle Sondag is directeur van de Bloeddienst van het Rode Kruis van België.
Disclaimer:	De externe experts verleenden hun medewerking aan een (voorlopige) versie van het wetenschappelijke rapport. Een (finale) versie werd vervolgens voorgelegd aan de validatoren. Dit rapport werd unaniem goedgekeurd door de Raad van bestuur. Het KCE is als enige verantwoordelijk voor eventuele fouten of omissies in het rapport alsook voor de aanbevelingen naar overheidsinstanties toe.
Layout:	Suana Van der Veken

Brussel, 17 september 2010

Studie nr 2010-50

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Insurance, Liability ; Actuarial Analysis ; Malpractice, Blood Transfusion

NLM Classificatie: HG 8054

Taal: Nederlands; Frans

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2010/10.273/47

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » (http://kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5261&CREF=15977).

Hoe verwijzen naar dit document?

Yerna B-L, Mélotte C, Closon J-P. De vergoeding van slachtoffers besmet met het hepatitis C-virus of het HIV-virus door bloedtransfusie. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports I34A. D/2010/10.273/47



VOORWOORD

Het KCE is reeds lang betrokken bij de ontwikkelingen rond de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg en publiceerde maar liefst vijf voorbereidende rapporten in de fase voorafgaand aan deze langverwachte tekst. .

Toch lijkt het dat deze kwestie nog niet helemaal uitgeklaard is, aangezien de nog maar pas gepubliceerde wettekst reeds een nieuwe vraag oproept. Het gaat ditmaal om het verkennen van de mogelijkheid om het toepassingsgebied van deze wet uit te breiden naar slachtoffers die in het verleden besmet werden met het hepatitis C-virus of het HIV-virus door bloedtransfusie.

Net zoals bij voorgaande rapporten over dit onderwerp heeft het KCE er vaart achter gezet om zo snel mogelijk de gestelde vragen te kunnen beantwoorden, zodat het lopende debat in het Parlement geen vertraging zou oplopen.

Wij danken iedereen die vanuit zijn expertise ertoe heeft bijgedragen om het nijpende tekort aan gegevens over dit onderwerp op te vangen en wij hopen dat de eerste slachtoffers van schade als gevolg van gezondheidszorg nu snel vergoed kunnen worden.

Jean-Pierre Closon
Adjunct algemeen directeur

Raf Mertens
Algemeen directeur

Samenvatting

INLEIDING

De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg heeft als doel slachtoffers van een medisch ongeval waarbij de fout van de zorgverlener niet kan aangetoond worden te helpen. Eén van de voorwaarden om een vergoeding te kunnen krijgen, is dat het ongeval plaatsvond na 2 april 2010, de publicatiedatum van de wet.

Tijdens parlementaire besprekingen die de stemming van de wet voorafgingen, werd een voorstel tot wijziging ingediend om ook personen die besmet zijn met het hepatitis C-virus (HCV) als gevolg van een bloedtransfusie die vóór 1 juli 1990 uitgevoerd werd, en dus wel degelijk vóór 2 april 2010, tot het toepassingsgebied van deze wet te rekenen. Andere vergoedingen voor oude transfusieongevallen met besmetting door het humaan immunodeficiëntievirus (HIV) of het hepatitisvirus als gevolg, werden reeds in verschillende wetsvoorstellen daterend van 2008 en 2009, overwogen:

- a. Wetsvoorstel van 23 januari 2009 tot schadeloosstelling van hepatitis C-slachtoffers en tot instelling van een federaal plan ter bestrijding van hepatitis C, ingediend door dhr. G. Dallemagne, mevr. V Salvi en mevr. M-M Schyns DOC 52 1754/001.
- b. Wetsvoorstel van 14 december 2009 tot invoering van een vergoedingsregeling voor personen die als gevolg van de toediening van bloedproducten of als gevolg van behandelingen met instrumenten met een hepatitisvirus zijn besmet, ingediend door de heren D Bacquelaine, J-J Flahaux en J Otlet, DOC 52 2327/001.
- c. Voorstel tot wijziging van de wet van 31 maart, ingediend op 8 februari 2010 door mevr. C. Fonck en dhr. G. Dallemagne tot het vergoeden van slachtoffers besmet met hepatitis C die lijden aan een chronische vorm van hepatitis, een cirrose of leverkanker en waarbij een bloedtransfusie werd uitgevoerd of bloedderivaten werden toegediend in België vóór 1 juli 1990, DOC 52 2240/004.
- d. Wetsvoorstel van 21 februari 2008 tot vergoeding van patiënten die met HIV werden besmet als gevolg van een bloedtransfusie of van een toediening van bloedderivaten die vóór 1 augustus 1985 in België werden uitgevoerd, ingediend door mevr. J Lejeune en mevr. V De Bue, DOC 52 0861/001.

De Kamercommissie Volksgezondheid heeft beslist om het onderzoek van deze voorstellen te scheiden van dat van het wetsvoorstel betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg en om de besprekingen inzake dit onderwerp te hernemen nadat het KCE een studie heeft kunnen uitvoeren over hun budgettaire impact. Uit eerste contacten met het *Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux* (ONIAM) in Frankrijk blijkt immers dat er aanzienlijke bedragen betaald werden aan de transfusieslachtoffers besmet met HIV of voorzien zijn voor de slachtoffers van hepatitis. Bovendien zou alleen al het verwachte aantal nieuwe dossiers in het kader van een besmetting door hepatitis, het werkvolume van het ONIAM eenvoudigweg verdubbelen.

DOELSTELLINGEN EN OPZET VAN HET RAPPORT

De voornaamste motivatie van de parlementsleden die deze wetsvoorstellen ingediend hebben, was het vermijden van elke vorm van discriminatie tussen de slachtoffers van HIV en HCV.

Een eerste doelstelling van dit rapport is na te gaan of deze voorstellen ook inderdaad discriminatie kunnen vermijden en of er geen andere categorieën van slachtoffers bestaan die zich in een gelijkaardige situatie bevinden, maar niet uitdrukkelijk worden opgenomen in deze wetsvoorstellen, en die dus ook in aanmerking zouden kunnen komen voor een vergoeding volgens hetzelfde principe. De vraag rijst ook of de nieuwe wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg een adequaat juridisch instrument is om schade te vergoeden voor zeer oude feiten.

Ten tweede, vóór elke besluitvorming betreffende het principe en de eventuele vergoedingsmodaliteiten, moet er aan de Regering en aan het Parlement een zo precies en realistisch mogelijke schatting voorgelegd worden van de budgettaire impact van deze voorstellen, wat meteen ook de tweede doelstelling is van dit rapport.

Na een beschrijving van de betreffende aandoeningen en hun verloop, analyseert dit rapport de vier wetsvoorstellen vanuit een juridisch standpunt en stelt het daarna een actuair model voor dat toelaat de evolutie van de financiële last die gepaard gaat met elk van de voorstellen te evalueren.

RESULTATEN

Juridische analyse

De tabel hieronder vat de bijzonderheden van elk van de voorstellen samen. In elk van de voorstellen blijft er een of andere vorm van discriminatie bestaan, wat een aanzienlijk risico met zich meebrengt op een beroepsprocedure bij het Grondwettelijk Hof.

Bovendien bestaan er andere categorieën van slachtoffers die zich in een gelijkaardige situatie bevinden en die in geen enkel van de ingediende wetsvoorstellen beschouwd worden.

De doelstelling om elke vorm van discriminatie tussen transfusieslachtoffers besmet met HIV of HCV weg te werken, is dus nog lang niet bereikt. De goedkeuring van elk van deze wetsvoorstellen zou onvermijdelijk leiden tot discriminatie en dit niet alleen tussen transfusieslachtoffers en slachtoffers van een ander therapeutisch ongeval, maar ook tussen transfusieslachtoffers onderling. Als voorbeeld kunnen we de volgende vormen van discriminatie aanhalen:

- Sommige transfusieslachtoffers zouden een schadeloosstelling voor hun schade kunnen krijgen, terwijl alle slachtoffers van een ander therapeutisch ongeval daterend van vóór het in werking treden van de wet van 31 maart 2010 dit niet zouden kunnen.
- De wetsvoorstellen hebben enkel betrekking op slachtoffers besmet met hepatitis en HIV door bloedtransfusie, terwijl ook andere aandoeningen door het bloed overgedragen kunnen worden, zoals malaria.
- De voorstellen houden geen rekening met slachtoffers die besmet werden door een bloedtransfusie na 1985 (voor HIV) en na 1990 (voor HCV).
- Het verschil in de wijze waarop slachtoffers van HIV en hepatitis C schadeloos worden gesteld.

SAMENVATTENDE TABEL

	Wetsvoorstel van 23/01/2009 (HCV)	Wetsvoorstel van 14/12/2009 (hepatitis)	Wetsvoorstel van 08/02/2010 (HCV)	Wetsvoorstel van 21/02/2008 (HIV)
Soort schadeloosstelling	Forfaitaire schadeloosstelling	Integrale schadeloosstelling	Integrale schadeloosstelling	Forfaitaire schadeloosstelling
Komen in aanmerking voor een vergoeding	Besmetting vóór 1/07/1990 Niet de gezonde dragers van het virus, maar wel de slachtoffers door secundaire besmetting ^a	Besmetting om het even wanneer Niet de slachtoffers door secundaire besmetting	Besmetting vóór 1/07/1990 Niet de gezonde dragers van het virus, maar wel de slachtoffers door secundaire besmetting	Besmetting vóór 1985 (vergoeding via vzw indien de besmetting plaatsvond tussen 1/08/1985 en 30/06/1986) Niet de slachtoffers door secundaire besmetting
Rechthebbenden	De erfgenamen kunnen aanvoeren dat ze benadeeld zijn	Alle rechthebbenden kunnen bij het fonds een aanvraag indienen	Alle rechthebbenden kunnen bij het fonds een aanvraag indienen	Beperking van rechthebbenden die kunnen genieten van een vergoeding: kinderen, ouders en 'samenwonenden'.
Bewijs aan te voeren door het slachtoffer?	NEEN Men gaat uit van het vermoeden dat de ziekte het gevolg is van de bloedtransfusie	JA Geen vermoeden van causaliteit: het slachtoffer moet bewijzen dat de toediening van bloederivaten of de omgang met instrumenten de oorzaak is van zijn ziekte	NEEN Men gaat uit van het vermoeden dat de ziekte het gevolg is van een bloedtransfusie	JA Geen vermoeden van causaliteit: het slachtoffer moet bewijzen dat de bloedtransfusie de oorzaak is van zijn ziekte
Discriminatie	1° Discriminatie ten opzichte van slachtoffers besmet met HCV na 1 juli 1990 2° De weigering van een vergoeding aan gezonde dragers lijkt niet gerechtvaardigd 3° Discriminatie ten opzichte van HIV- slachtoffers	Fundamentele verschillen tussen slachtoffers van hepatitis en HIV	1° Discriminatie ten opzichte van slachtoffers besmet met HCV na 1 juli 1990 2° De weigering van een vergoeding aan gezonde dragers lijkt niet gerechtvaardigd 3° Discriminatie ten opzichte van alle personen die aan een therapeutisch risico blootgesteld werden vóór de publicatie van de wet van 31 maart 2010 4° Discriminatie ten opzichte van HIV-slachtoffers	1° Discriminatie ten opzichte van slachtoffers besmet met hiv na 1 juli 1986. 2° Discriminatie in vergelijking met het gunstigere systeem voor HCV-slachtoffers

^a De wetsvoorstellen spreken van 'indirecte slachtoffers'

Budgettaire impact

Voor België bestaan er geen officiële cijfers over rechtstreekse slachtoffers of slachtoffers door secundaire besmetting door deze infecties, behalve voor HIV.

Het aantal slachtoffers besmet met HIV of hepatitis door transfusie die beantwoorden aan de criteria die vooropgesteld worden in de wetsvoorstellen, werd geschat door het kruisen van een aantal Belgische en internationale bronnen:

- Belgische
 - Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)
 - Beroepsvereniging voor verzekeringsondernemingen (Assuralia)
 - Rode Kruis van België
 - Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG)
 - Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
- Franse
 - L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)
 - L'Institut de Veille Sanitaire (INVS)
 - La Haute Autorité de Santé (HAS)
 - L'Etablissement Français du Sang (EFS)
- Andere internationale bronnen
 - Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)

Wat het vergoedingsbedrag betreft, was het niet mogelijk om zich te baseren op cijfers van de Belgische rechtspraak. Het aantal geregistreerde gevallen is immers zeer beperkt. Er werd dus beslist om als referentie de gemiddelde bedragen te nemen die in Frankrijk door het ONIAM worden toegekend voor de overeenkomstige aandoeningen, tenzij het onderzochte wetsvoorstel uitdrukkelijk melding maakt van het bedrag van de vergoeding.

Budgettaire impact van het wetsvoorstel van 23 januari 2009

Ter herinnering, dit voorstel heeft als doel een forfaitaire vergoeding toe te kennen aan rechtstreekse slachtoffers van hepatitis C, slachtoffers door secundaire besmetting alsook directe erfgenamen van overleden rechtstreekse slachtoffers.

De beschikbare gegevens en actuariële berekeningen doen besluiten dat 2311 slachtoffers een positief antwoord zouden kunnen krijgen op hun vergoedingsaanvraag, waaronder 549 rechtstreekse slachtoffers, 73 slachtoffers door secundaire besmetting en 1629 erfgenamen. In de veronderstelling dat rechtstreekse slachtoffers en slachtoffers door secundaire besmetting elk € 50.000 en erfgenamen elk € 2500 zouden krijgen, rekening houdend met de spreiding van de aanvragen en de betalingen, en na actualisatie van de bedragen voor de vergoedingen, komen we op een schatting van ongeveer **30 miljoen euro** voor dit voorstel. Merk op dat deze schatting geen rekening houdt met slachtoffers die vóór 1990 besmet werden met hepatitis C door transfusie en vóór 2006 gestorven zouden zijn.

Budgettaire impact van het wetsvoorstel van 14 december 2009

Ter herinnering, dit voorstel voorziet een integrale vergoeding voor slachtoffers besmet met het hepatitis B- of C-virus als gevolg van een toediening van bloederivaten of een behandeling met medische instrumenten in België, op gelijk welke datum en zonder precisering van het stadium van de ziekte waarvoor een tussenkomst wordt voorzien.

Hoewel de toediening van bloederivaten één van de voornaamste risico's vormt op het overbrengen van hepatitis B (vooral vóór 1970), werden hierover geen betrouwbare statistische gegevens gepubliceerd. Toch kan men redelijkerwijze verwachten dat het aantal gevallen dat in aanmerking zou komen voor een vergoeding lager ligt dan wat geschat werd voor hepatitis C. Hiervoor zijn er drie belangrijke redenen:

1. de screening op het hepatitis B-virus in het bloed dateert van veel vroeger (1970);
2. de invoering van vaccins begin jaren '80;
3. het geringe aantal patiënten met chronische hepatitis B van Belgische origine.

Naast de onmogelijkheid om een schatting te maken van het aantal gevallen dat in aanmerking komt voor een vergoeding zoals die voorzien is in het wetsvoorstel van 14 december 2009, brengt de wijze van vergoeden ook enkele onduidelijkheden met zich mee. De auteurs van het wetsvoorstel geven immers de voorkeur aan een integrale schadeloosstelling van de geleden schade. Door het gebrek aan jurisprudentie is het moeilijk om een schatting te maken voor deze manier van vergoeden. Er werd dus beslist om zich niet te wagen aan een berekening van de budgettaire impact van dit voorstel.

Budgettaire impact van het wetsvoorstel van 8 februari 2010

Ter herinnering, dit voorstel voorziet een vergoeding voor dezelfde personen als in het wetsvoorstel van 23 januari 2009, maar dan wel met een integrale in plaats van een forfaitaire schadeloosstelling.

De schatting van het aantal te vergoeden slachtoffers is dus gelijk aan het aantal in het wetsvoorstel van 23 januari 2009, maar het gebrek aan gegevens over het bedrag van de schadeloosstelling heeft ook hier tot gevolg dat de budgettaire impact van dit voorstel niet in cijfers uitgedrukt kan worden.

Budgettaire impact van het wetsvoorstel van 21 februari 2008

Ter herinnering, dit voorstel voorziet het vergoeden van elk slachtoffer dat besmet werd met HIV als gevolg van een bloedtransfusie of de toediening van bloedproducten op Belgisch grondgebied vóór 1 augustus 1985.

In tegenstelling tot HCV werd HIV wel goed opgevolgd door de Belgische gezondheidsdiensten. Zeven door de FOD Volksgezondheid erkende AIDS referentielaboratoria voeren de confirmatietests uit op serums die positief werden bevonden tijdens een screening en registreren daarnaast ook epidemiologische gegevens van de patiënt.

De toegekende vergoedingen zouden gelijk zijn aan diegene gehanteerd door een vzw opgericht in 2001 en gesubsidieerd door de Nationale Loterij om een uitkering te verlenen aan personen besmet met het aidsvirus.

Uit de beschikbare gegevens en actuariële berekeningen kunnen we besluiten dat 313 slachtoffers een positief antwoord zouden kunnen krijgen op hun vergoedingsaanvraag, waaronder 41 rechtstreekse slachtoffers, en 68 echtgenoten en 204 ouders of kinderen van overleden rechtstreekse slachtoffers. In de veronderstelling dat de rechtstreekse slachtoffers elk € 124.000 krijgen, de echtgenoten € 62.000 en elk kind of elke ouder € 6.200, rekening houdend met de spreiding van de aanvragen en de betalingen, en na actualiseren van de bedragen van de vergoedingen, komen we voor dit voorstel op een schatting van **10,5 miljoen euro**.

BESPREKING EN CONCLUSIE

Er was weinig informatie of betrouwbare cijfers ter beschikking om de gestelde vragen in dit rapport te beantwoorden. We hebben dus een beroep moeten doen op een aantal hypotheses die ons zowel redelijk als voorzichtig leken. De hoogte van de schattingen van de budgettaire impact en de aanzienlijke variantie die hierop zit, moeten met deze beperkingen in het achterhoofd gelezen worden. Zo leek het bijvoorbeeld raadzaam om te veronderstellen dat 5% van de gediagnosticeerde HCV-slachtoffers een vergoedingsaanvraag zou indienen, aangezien in Frankrijk slechts 2% dit heeft gedaan. Maar het is heel goed mogelijk dat, bijvoorbeeld als gevolg van een betere informatiecampagne, dit percentage in België ruim overstegen wordt. De budgettaire impact van het vergoeden van HCV slachtoffers zou zelfs kunnen verdubbelen als, in tegenstelling tot de situatie in Frankrijk, deze slachtoffers recht hadden op dezelfde schadeloosstelling als de HIV-slachtoffers.

Uitgaande van deze voorzichtige hypotheses, komt de meest waarschijnlijke schatting van de geactualiseerde budgettaire impact van de beoogde maatregelen ten gunste van HCV of HIV transfusieslachtoffers op respectievelijk 30 en 10,5 miljoen euro indien forfaitaire vergoedingen worden toegekend. Het is daarentegen niet mogelijk om een schatting te maken van de impact van een integrale schadeloosstelling.

Vanuit een juridisch standpunt lijken de voorliggende pogingen om de delicate constructie van de nieuwe wet van 31 maart 2010 te wijzigen om discriminatie te vermijden, eerder te leiden tot het omgekeerde resultaat. Alle ingediende voorstellen geven immers aanleiding tot nieuwe vormen van discriminatie. Sommige van deze vormen zijn wellicht soms te rechtvaardigen, maar er bestaat hoe dan ook altijd een risico dat ze worden aangevochten voor het Grondwettelijk Hof.

AANBEVELINGEN VAN HET KCE^b

- Het is niet aanbevolen om de wet van 31 maart 2010 te wijzigen opdat slachtoffers die vóór 2 april 2010 via een bloedtransfusie besmet werden met het hepatitisvirus of het HIV-virus een vergoeding zouden kunnen krijgen.
- Als een politieke beslissing toch aanleiding zou geven tot het voorstellen van een specifieke behandeling voor deze slachtoffers, moet men bijzondere aandacht schenken aan de wijze waarop dit geconcretiseerd wordt om elke discriminatie zoveel als mogelijk te vermijden.

^b Het KCE is als enige verantwoordelijk voor de aanbevelingen naar de overheid toe

Scientific summary

Table of contents

I	INTRODUCTION	3
1.1	RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE	3
1.2	OBJECTIFS ET PLAN DU RAPPORT	3
1.3	METHODOLOGIE ET DONNEES UTILISEES.....	4
2	DÉFINITIONS ET EVOLUTION NATURELLE DES PATHOLOGIES	6
2.1	HEPATITES	6
2.1.1	Hépatite C.....	6
2.1.2	Autres formes d'hépatite.....	7
2.2	VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (VIH)	8
2.2.1	Définition ²	8
2.2.2	Origines et description ³	8
3	ANALYSE JURIDIQUE	10
3.1	INTRODUCTION	10
3.2	LA PROPOSITION DE LOI DU 23 JANVIER 2009	11
3.2.1	Objectif de la proposition de loi.....	11
3.2.2	Les personnes pouvant bénéficier de l'indemnisation.....	11
3.2.3	Le Fonds d'indemnisation	12
3.3	LA PROPOSITION DE LOI DU 14 DÉCEMBRE 2009	13
3.3.1	Objectif de la proposition de loi.....	13
3.3.2	Les personnes visées par la proposition de loi	13
3.3.3	Réparation du dommage.....	13
3.3.4	Conclusion.....	14
3.4	LA PROPOSITION DE LOI DU 8 FÉVRIER 2010	15
3.4.1	Nouveau chapitre 4/1	15
3.4.2	Le nouvel article 32/1	15
3.4.3	Critiques générales sur la proposition de loi du 8 février 2010.....	16
3.4.4	Problèmes de discrimination posés par la proposition de loi du 8 février 2010).....	21
3.5	LA PROPOSITION DE LOI DU 21 FÉVRIER 2008.....	25
3.5.1	Objectif de la proposition de loi.....	25
3.5.2	Examen critique de la proposition	25
3.5.3	Conclusion.....	29
3.6	CONCLUSION GÉNÉRALE	30
3.7	TABLEAU RECAPITULATIF.....	32
4	IMPACT BUDGETAIRE.....	33
4.1	INTRODUCTION	33
4.2	LA PROPOSITION DE LOI DU 23 JANVIER 2009	33
4.2.1	Champ d'application.....	33
4.2.2	Estimation du nombre de victimes.....	34
4.2.3	Charge financière.....	44
4.3	LA PROPOSITION DE LOI DU 14 DÉCEMBRE 2009	46
4.3.1	Champ d'application.....	46
4.3.2	Estimation du nombre de victimes.....	47
4.3.3	Charge financière.....	47
4.4	LA PROPOSITION DE LOI DU 8 FEVRIER 2010.....	48

4.4.1	Champ d'application.....	48
4.4.2	Estimation du nombre de victimes.....	48
4.4.3	Charge financière.....	48
4.5	LA PROPOSITION DE LOI DU 21 FÉVRIER 2008.....	48
4.5.1	Champ d'application.....	48
4.5.2	Estimation du nombre de victimes.....	49
4.5.3	Charge financière.....	51
5	CONCLUSIONS	52
6	REFERENCES	53

I INTRODUCTION

I.1 RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE

Depuis plusieurs années, le gouvernement belge planche sur la mise en place d'un système d'indemnisation des victimes de soins de santé. La formule finalement adoptée par le Parlement se trouve contenue dans la loi du 31 mars 2010 publiée le 2 avril dernier. Cette loi a pour objectif essentiel de venir en aide aux victimes d'un accident médical, victimes qui ne peuvent prouver la faute du prestataire de soins.

Toutefois, plusieurs propositions de lois et un amendement à la loi du 31 mars 2010 ont été déposés dans le but de pouvoir indemniser les victimes transfusionnelles du VIH et de l'hépatite au-delà des conditions prévues par la loi du 31 mars 2010.

Il s'agit de:

1. La proposition de loi du 23 janvier 2009 relative à l'indemnisation des victimes de l'hépatite C et à l'établissement d'un plan fédéral de lutte contre l'hépatite C, déposée par M. G Dallemagne et Mmes V Salvi et M-M Schyns DOC 52 1754/001. La proposition vise à indemniser les personnes atteintes par le virus de l'hépatite C (HCV) qui ont été infectées et transfusées avant le 1er juillet 1990.
2. La proposition de loi du 14 décembre 2009 instituant un dispositif d'indemnisation en faveur des personnes contaminées par un virus de l'hépatite à la suite de l'administration de produits sanguins ou de manipulations instrumentales, déposée par MM. D Bacquelaine, J-J Flahaux et J Otlet, DOC 52 2327/001. La proposition vise à instaurer un Fonds d'indemnisation chargé d'indemniser les victimes de telles contaminations. Le Fonds, subrogé dans les droits de la victime, se chargerait ensuite d'intenter d'éventuelles poursuites judiciaires.
3. Une proposition d'amendement à la loi du 31 mars, introduite le 8 février 2010 par M Bultinck et Mme De Bondt et visant à indemniser les victimes de l'hépatite C souffrant d'une hépatite chronique, d'une cirrhose ou d'un cancer du foie ayant subi une transfusion de sang ou de dérivés sanguins ayant eu lieu en Belgique avant le 1er juillet 1990, DOC 52 2240/004.
4. La proposition de loi du 21 février 2008 visant à indemniser les patients victimes de contamination par le virus VIH à la suite d'un accident transfusionnel ayant eu lieu en Belgique avant le 1er août 1985, déposée par Mmes J Lejeune et V De Bue, DOC 52 0861/001.

La Chambre avait décidé de disjoindre l'examen de ces propositions de celui du projet de loi relatif à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé et de reprendre les discussions à leur sujet après que le KCE ait pu réaliser une étude sur l'impact budgétaire de celles-ci.

I.2 OBJECTIFS ET PLAN DU RAPPORT

L'objectif poursuivi par ce rapport est donc principalement d'estimer l'impact budgétaire des propositions qui sont sur la table. Il s'agissait également d'examiner si la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé était l'instrument juridique adéquat pour traiter de ces questions.

La première partie – DEFINITION ET EVOLUTION NATURELLE DES PATHOLOGIES– de ce rapport consiste à rappeler certaines notions médicales (définition de la pathologie, évolution naturelle de la maladie, etc.) nécessaires à la compréhension du champ d'application visé par les diverses propositions de loi.

Une fois ces bases acquises, le second chapitre – ANALYSE JURIDIQUE – a pour objet d'examiner d'un point de vue juridique les quatre propositions de loi et plus particulièrement leur champ d'application, leurs contradictions, les discriminations qu'elles engendreraient et l'opportunité de leur introduction dans le cadre de la loi générale du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Le troisième chapitre – IMPACT BUDGETAIRE – de cette étude présente un modèle actuariel permettant d'évaluer l'évolution de la charge financière liée à l'adoption de ces propositions.

Il faut souligner que la présente étude n'abordera pas la manière dont le Fonds d'indemnisation des accidents transfusionnels doit être financé mais se limitera uniquement à estimer le montant nécessaire à l'indemnisation des victimes telle que définie par les différentes propositions.

I.3 METHODOLOGIE ET DONNEES UTILISEES

L'impact budgétaire de la transposition de ces propositions est estimé grâce à une approche « fréquence/coûts » pour les victimes de l'hépatite C et du VIH dans laquelle la charge totale annuelle de sinistres est modélisée de la manière suivante :

$$S_j = \sum_{k=1}^{N_j} C_{kj}$$

où N_j désigne le nombre de transmissions de l'infection j donnant lieu à une indemnisation au cours de l'année et C_{kj} les coûts de chacune d'elles. Dans ce modèle, les coûts sont indépendants entre eux et indépendants du nombre de contaminations.

Le nombre de victimes transfusionnelles du VIH et de l'hépatite, répondant aux critères retenus par les propositions de loi, a été estimé sur base du recoupement de sources locales et internationales :

- Belges
 - L'Institut scientifique de la Santé Publique (ISP)
 - L'Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances (Assuralia)
 - La Croix rouge de Belgique
 - L'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS)
 - Le Centre Fédéral d'expertise des Soins de Santé (KCE)
- Françaises
 - L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)
 - L'Institut de Veille Sanitaire (INVS)
 - La Haute Autorité de Santé (HAS)
 - L'Établissement Français du Sang (EFS)
- Internationales
 - L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Notons dès à présent qu'il n'existe pas en Belgique de recensement officiel des victimes directes ou des victimes par ricochet^a de ces infections, exception faite pour le VIH.

En ce qui concerne le montant des indemnités, il convient de distinguer les victimes transfusionnelles du VIH de celles du VHC. En effet, alors que la proposition de loi du 8 février 2010 (DOC 52 2240/004) accorde aux victimes de l'hépatite C une réparation indemnitaire – c.-à-d. une indemnité dont le montant répare intégralement le préjudice subi par la victime, la proposition de loi du 21 février 2008 (DOC 52 0861/001) indemnise les victimes du VIH de manière forfaitaire. Dès lors, une étude minutieuse de la jurisprudence a été réalisée pour estimer le montant des indemnités à prévoir pour

a Dans la littérature médicale, on parle plutôt de contaminations secondaires.

les victimes de l'hépatite C. Cette démarche est restée vaine dans la mesure où le nombre de cas recensé est très limité. Une autre hypothèse de travail a dès lors été choisie. Conformément à la proposition de loi du 23 janvier 2009 (DOC 52 1754/001), l'optique d'une réparation forfaitaire a été introduite en lieu et place de la réparation indemnitaire. Le montant forfaitaire choisi à cette fin correspond à la moyenne des indemnités octroyées pour réparation intégrale par le système français aux victimes transfusionnelles de l'hépatite C.

Message clé

- **Les propositions de loi visent à étendre le champ d'application de la loi du 31 mars 2010.**
- **L'objectif de cette étude est principalement d'évaluer la charge financière que représente la transposition de ces propositions**
- **Au vu des contradictions juridiques entre les propositions et de la faible quantité d'informations statistiques exploitables, bon nombre de limitations et d'hypothèses (prudentes) ont dû être envisagées.**

2 DÉFINITIONS ET EVOLUTION NATURELLE DES PATHOLOGIES

Les deux sous-sections suivantes détaillent les pathologies couvertes par les différentes propositions de loi ainsi que leur évolution naturelle.

2.1 HEPATITES

Les hépatites sont des inflammations du foie dont les formes les plus connues sont les formes virales (notées de A à G).

Cette section étudie de manière distincte les victimes de l'hépatite C visées par la proposition de loi du 23 janvier 2009 (DOC 52 1754/001) – section 2.1.1. – et les victimes d'autres formes d'hépatites contractées suite à l'administration de dérivés sanguins visées par la proposition de loi du 14 décembre 2009 (DOC 52 2327/001) – section 2.1.2.

2.1.1 Hépatite C

2.1.1.1 Définition

L'Organisation mondiale de la Santé (O.M.S.) définit l'hépatite C comme une affection hépatique d'origine virale à transmission parentérale, c'est-à-dire qu'elle se transmet par voie sanguine, par contact de sang à sang.

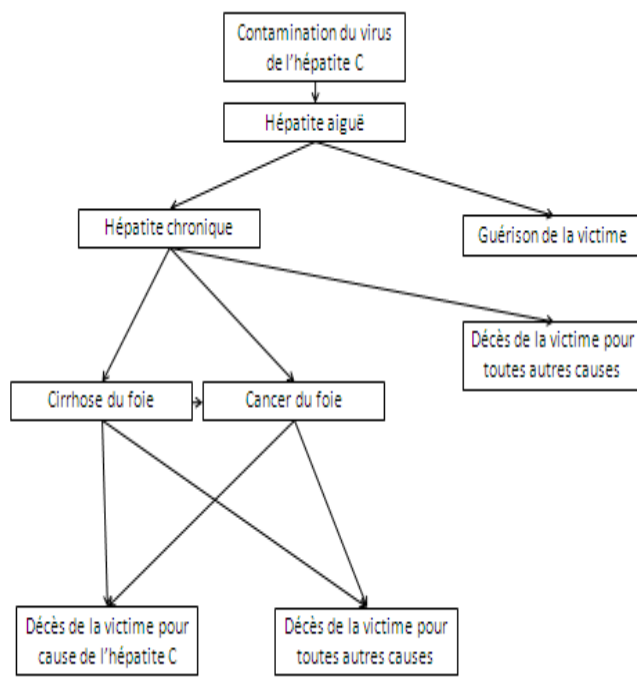
2.1.1.2 Origines et description

La découverte de l'hépatite C est relativement récente. En effet, c'est au milieu des années 1970 que le National Institute of Health a démontré que la plupart des cas d'hépatite post-transfusionnelles n'étaient pas dus au virus de l'hépatite A ni à celui de l'hépatite B. C'est pourquoi on avait à l'époque qualifié l'hépatite C d'hépatite « ni A, ni B ». L'agent étiologique de l'hépatite C n'a été mis en évidence qu'en 1989¹.

Le virus de l'hépatite C (VHC) est une cause majeure d'hépatite aiguë et d'affection hépatique chronique, notamment la cirrhose et le cancer du foie. La phase de l'hépatite C aiguë désigne la période allant du début de l'infection jusqu'aux six premiers mois et correspond à l'entrée du virus dans l'organisme. Cette phase est généralement asymptomatique. L'hépatite C chronique est définie par une infection persistante au-delà de six mois après l'infection initiale de l'organisme par le virus. Cliniquement, le stade de cette maladie est également le plus souvent asymptomatique^b, et donc difficilement détectable ; ce qui rend l'estimation du nombre de cas indemnifiables délicate. Toutefois, lorsqu'elle atteint le stade de la cirrhose, les symptômes qui peuvent apparaître sont généralement provoqués par une altération des fonctions hépatiques ou une augmentation de la pression sanguine intra-hépatique. L'évolution naturelle de l'hépatite chronique C varie considérablement d'une personne à l'autre. Le schéma suivant illustre les phases possibles de mutations de l'hépatite C depuis la contamination jusqu'au décès éventuel. Notons d'une part que certains stades intermédiaires ont volontairement été omis afin de faciliter la lecture du schéma et d'autre part que certains traitements existent. Le schéma ci-dessous reprend les états pour lesquels les victimes peuvent espérer bénéficier d'une indemnisation au titre de la proposition de loi du 23 janvier 2009 DOC52 1754/001.

^b Toutefois, il n'est pas exclu que la victime se sente fatiguée voire entre dans un état de dépression.

Figure 1 : Evolution naturelle de l'hépatite C de la contamination au décès



Une fois la victime contaminée, deux possibilités d'évolution sont envisageables : soit la victime élimine spontanément le virus (Guérison de la victime), soit l'infection devient chronique (Hépatite chronique). L'indemnisation n'est rendue possible qu'à partir du stade d'hépatite chronique. La maladie peut ensuite évoluer vers la cirrhose voire le cancer du foie, plusieurs années après la contamination.

Le traitement standard pour les patients atteints d'hépatite C chronique est destiné à neutraliser le virus et à ralentir l'éventuelle progression de la fibrose hépatique. Le traitement comporte l'association de deux médicaments : l'interféron (Pegintron®, Pegasys®) et la ribavirine (Rebetol®, Copegus®). La durée de cette "bithérapie" varie entre 24 et 48 semaines selon le type de génotype. D'après les essais cliniques réalisés, les patients traités peuvent espérer une réponse virale soutenue dans 46 à 52% des cas (génotype 1) et dans 78 à 80% (génotype 2-3).

2.1.2 Autres formes d'hépatite

La proposition de loi DOC 52 2327/001 définit comme dommages indemnifiables la contamination par le virus de l'hépatite consécutive à l'administration de dérivés sanguins ou de manipulations instrumentales. Deux types d'hépatites sont majoritairement transmises par le sang: hépatite B et hépatite C.

Etant donné que l'hépatite C a été abordée dans la section précédente et que le nombre de cas d'hépatite G recensés en Belgique est très faible, la section suivante aborde uniquement le cas de l'hépatite B.

2.1.2.1 Définition

L'hépatite B chronique est une infection virale persistante du foie. La plupart du temps cette infection ne provoque aucun ou peu de symptôme chez le patient, mais elle peut parfois entraîner d'importantes complications (c.à.d. la cirrhose ou le cancer du foie) qui ne se manifestent bien souvent que des dizaines d'années après l'infection.

2.1.2.2 Origines et description

La découverte du virus de l'hépatite B remonte à 1963 lorsqu'un généticien, Baruch Blumberg, a découvert un nouvel antigène chez un aborigène australien. Cette découverte est donc bien antérieure à celle de l'hépatite C.

Les modes de contamination privilégiés sont les rapports sexuels, les contacts avec du sang ou des dérivés de sang et la transmission de la mère à l'enfant pendant l'accouchement.

L'évolution naturelle de la maladie est *comparable à l'hépatite C* en ce qui concerne les différents stades cliniques de l'infection. La principale différence réside dans le fait que peu de victimes contaminées par le VHB atteignent le stade du portage chronique : seulement 5-10% (pour les enfants âgés de plus de 5 ans) contre 80% pour l'hépatite C. Par contre, le risque de cirrhose ou de cancer du foie pour les porteurs chroniques est comparable avec celui de l'hépatite C.

2.2 VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (VIH)

L'indemnisation des patients victimes de contamination par le VIH est abordée au sein de la proposition de loi du 21 février 2008 DOC 52 0861/001.

2.2.1 Définition²

Le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) est responsable du SIDA (Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise). Le VIH est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire notamment en les rendant inefficaces. D'un point de vue médical, l'infection par le VIH provoque une baisse progressive du nombre de lymphocytes, assurant l'immunité à médiation cellulaire.

Lors des premiers stades de la contamination, la victime ne présente pas de réels symptômes. Toutefois, l'évolution de l'infection provoque un affaiblissement de l'organisme entraînant une vulnérabilité accrue aux infections.

2.2.2 Origines et description³

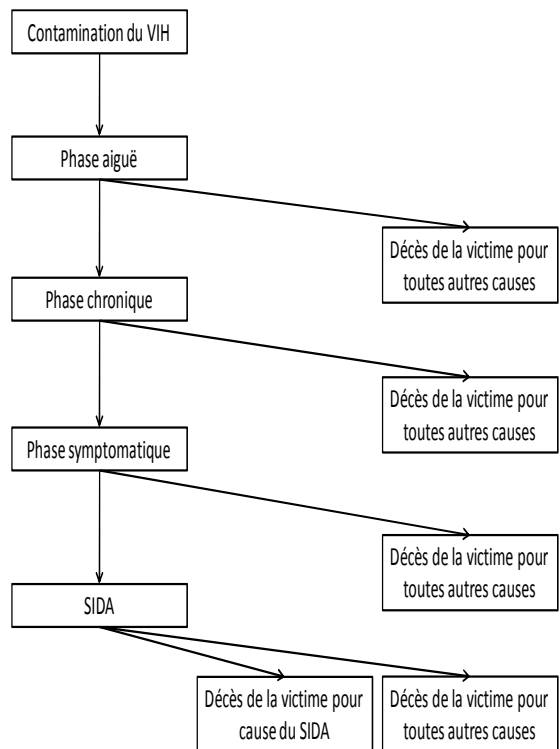
Le SIDA serait apparu fin des années 60 aux Etats-Unis. Une pandémie s'est ensuite développée au cours des années 70 principalement dans la communauté homosexuelle. L'existence d'un problème sanitaire est avéré en juin 1981⁴ lorsqu'une poignée de scientifiques mettent le doigt sur la fréquence anormalement élevée de cas de pneumocystoses ; infection opportuniste très courante chez les patients séropositifs au stade SIDA. Les chercheurs ont identifié deux types de sérotypes du VIH, agent responsable du SIDA⁵.

A cette époque, le SIDA se transmet principalement par voie sexuelle et par voie sanguine. Les transfusions de sang ou l'administration de produits sanguins aux patients hémophiles ont donc été un vecteur important de la maladie.

Au milieu des années 80, l'ensemble de la communauté scientifique planche sur le dépistage de la maladie. En Belgique, l'aboutissement de ces recherches a conduit les autorités sanitaires, en 1986, à chauffer les dérivés plasmatiques anti hémophiliques et à réaliser les premiers tests de dépistage rendant la transmission du VIH par transfusion sanguine rarissime. Selon l'OMS, l'évolution naturelle de l'infection par le VIH se compose de plusieurs stades pouvant mener au décès anticipé de la victime^c. La vitesse de progression de la maladie fluctue d'un malade à l'autre et a fortement été ralentie ces dernières années grâce aux avancées médicales. Dès le moment où l'infection est contractée jusqu'à ce que la maladie devienne visible, il peut se passer 5 à 10 ans dans 90% des cas. 5% des personnes infectées ne développeront la maladie qu'après 10 ans tandis que les 5% restant la développeront seulement après 15 ans.

^c Organisation mondiale de la Santé, Informations générales sur la tuberculose et le VIH, 2005.

Figure 2 : Evolution naturelle du VIH de la contamination au décès



Une fois la victime infectée, le VIH se multiplie rapidement alors que le système immunitaire met du temps à réagir. Une fois que les anticorps ont été produits, le VIH se fait plus discret mais est toujours bien présent. En somme, le virus est bel et bien répandu mais est contrôlé par le système immunitaire. Pendant ce temps, le virus attaque les cellules immunitaires présentes dans les ganglions. Cet état produit à long terme des dérèglements (disparition des lymphocytes) favorisant l'apparition de nouvelles infections. La phase symptomatique est alors décelée.

Le schéma ci-dessus illustre les différents stades de l'évolution de l'infection sans traitement médical.

L'état SIDA correspond en réalité à la survenance d'une série de pathologies chez la victime. Parmi celles-ci, on retrouve notamment les infections opportunistes ou les tumeurs. Le SIDA apparaît donc comme une pathologie évolutive. Il convient toutefois de noter que les récentes avancées médicales permettent à certaines victimes de retourner à des stades antérieurs de la maladie; phénomène non traité dans cette étude (à l'instar de l'hépatite C).

3 ANALYSE JURIDIQUE

3.1 INTRODUCTION

Le présent chapitre a pour objet d'examiner d'un point de vue juridique les différentes propositions de loi déposées en ce qui concerne l'indemnisation des victimes de l'hépatite et du virus du VIH ayant été contaminées par l'un de ces virus à la suite d'une transfusion de sang ou de produits dérivés du sang à une date déterminée.

La proposition de loi du 8 février 2010⁷ et plus particulièrement l'amendement n° 9 porte sur l'indemnisation des victimes de l'hépatite C.

Cette proposition de loi a pour objectif d'établir que dans tous les cas de contamination par le virus du VHC à la suite d'une transfusion sanguine ou de l'administration de dérivés sanguins ayant eu lieu en Belgique avant le 1^{er} juillet 1990, il y a lieu d'indemniser sur base de la loi du 31 mars 2010⁸, les dommages subis par les victimes de cette contamination.

En effet, selon les auteurs de la proposition de loi, *il ne peut être question d'une discrimination entre les victimes du virus VHC et du virus du VIH à la suite d'une transfusion sanguine ou de l'administration de produits sanguins. C'est la raison pour laquelle, il est nécessaire selon les auteurs de la proposition de loi, de permettre aux victimes du VHC d'introduire une demande d'indemnisation auprès du Fonds (loi du 31 mars 2010).*

Les parlementaires avaient, dans un premier temps, proposé une loi (proposition de loi du 23 janvier 2009⁹) se calquant sur le système applicable pour les victimes du virus du VIH (ASBL AAPS). L'indemnisation des victimes de l'hépatite C aurait donc, selon cette proposition de loi, été gérée selon les modalités déjà prévues pour les victimes du VIH. L'indemnisation accordée aurait donc été forfaitaire.

Une seconde proposition de loi du 14 décembre 2009¹⁰ a étendu l'indemnisation à toutes les victimes de l'hépatite, et non plus uniquement aux victimes de l'hépatite C.

Les parlementaires ont par la suite modifié leur position et ont décidé de prévoir l'indemnisation des victimes de l'hépatite C ayant subi une transfusion avant le 1^{er} juillet 1990, dans le cadre de la loi générale du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

En ce qui concerne les victimes du VIH, des parlementaires ont déposé une proposition de loi en date du 21 février 2008¹¹ visant à indemniser les patients victimes de la contamination par le virus VIH à la suite d'un accident transfusionnel ayant eu lieu en Belgique avant le 1^{er} août 1985.

En effet, selon ces derniers avant le 1^{er} août 1985, il était impossible de détecter les anticorps contre le virus du sida. Ils proposent donc via la proposition de loi du 21 février 2008 d'indemniser les personnes souffrant du sida à la suite d'une transfusion ayant eu lieu en Belgique avant le 1^{er} août 1985, en se fondant sur les mêmes principes que ceux établis par l'ASBL AAPS^d.

Après avoir analysé ces différentes propositions, nous nous pencherons sur les questions suivantes :

- Le législateur est-il parvenu à éliminer les discriminations qui pouvaient exister d'une part entre les victimes transfusionnelles et les victimes d'aléas thérapeutiques et d'autre part entre les victimes transfusionnelles elles-mêmes ?

d « Association créée en 2001 pour l'octroi d'une allocation aux personnes contaminées par le virus du sida à la suite d'une transfusion sanguine ou de l'administration de produits sanguins ayant eu lieu en Belgique du 1^{er} août 1985 au 30 juin 1986 ».

L'objectif social était de recueillir les demandes et d'accorder après avis d'un comité d'experts indépendants, une allocation aux personnes contaminées par le virus du sida dans les circonstances décrites ci-dessus, pendant la période à risque (1^{er} août 1985 au 30 juin 1986).

- La loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé est-elle le bon instrument juridique adéquat pour la réparation des victimes atteintes de l'hépatite C?

Message clé

- **L'objet de l'analyse juridique est principalement de se poser la question de savoir si l'objectif de certains parlementaires consistant à éliminer toute discrimination entre les victimes du VIH et de l'hépatite C sera atteint par les propositions de loi déposées.**

3.2 LA PROPOSITION DE LOI DU 23 JANVIER 2009

3.2.1 Objectif de la proposition de loi

Une proposition de loi relative à l'indemnisation des victimes de l'hépatite C et à l'établissement d'un plan fédéral de lutte contre l'hépatite C a été déposée en date du 23 janvier 2009.⁹

Cette proposition de loi visait à indemniser les personnes atteintes par le virus de l'hépatite C (HCV) qui ont été infectées et transfusées avant le 1^{er} juillet 1990. Le motif de cette indemnisation est résumé comme il suit :

« On peut en effet raisonnablement supposer que les personnes remplissant ces conditions n'ont pas été contaminées suite à une négligence de leur part. De cette manière, la proposition vise à aligner les conditions d'indemnisation sur celles applicables aux personnes contaminées par le virus du sida et répondant aux mêmes conditions ».

En effet, en Belgique les scientifiques estiment que le tournant épidémiologique a eu lieu en juillet 1990 en ce qui concerne l'hépatite C. A cette date il ressort des études que les transfusions sont devenues très sûres et les contaminations par le VHC n'ont pratiquement plus été le fait de transfusions de produits sanguins, mais principalement de la consommation de drogues.

3.2.2 Les personnes pouvant bénéficier de l'indemnisation

La proposition de loi offrait une indemnisation à toute personne ayant contracté le virus avant le 1^{er} juillet 1990 et ayant subi une transfusion de produits sanguins.

Il est donc fixé comme a priori que cette personne a été contaminée lors de la transfusion, le risque de contamination étant alors élevé.

En d'autres termes, cette proposition de loi fixe une présomption légale selon laquelle la contamination à l'hépatite C est la conséquence de la transfusion subie avant le 1^{er} juillet 1990.

La proposition de loi ne précise pas expressément s'il s'agit d'une présomption réfragable ou irréfragable. Toutefois, en utilisant les termes a priori, force est de constater que nous sommes en présence d'une présomption réfragable. En d'autres termes, l'organisme appelé à indemniser les victimes pourra tenter de démontrer que la contamination de l'hépatite C, n'est pas la conséquence de la transfusion mais trouve sa cause dans un autre événement.

Le renversement de la présomption ne sera pas aisé à apporter, hormis le cas où l'hépatite C est préexistante à la transfusion ou postérieure à la transfusion.

En effet, la preuve certaine selon laquelle la contamination n'est pas due à la transfusion de produits sanguins mais bien au comportement de la victime comme par exemple la consommation de drogues, sera impossible en tant que telle à apporter. Il existera toujours un doute, qui devra profiter à la victime.

La proposition de loi refuse toutefois l'indemnisation aux porteurs sains du virus du VHC. Ce refus n'est pas justifié à notre sens. En effet, la victime simplement porteuse du virus (qui en a connaissance) mais ne développant pas la maladie, subit un dommage

au même titre que les autres victimes, bien que ce dommage soit évidemment beaucoup moins important. En effet, le porteur du virus doit modifier son comportement afin d'éviter de contaminer d'autres individus. Il y a dans son chef une atteinte à sa qualité de vie (incapacité personnelle).

L'objectif de la proposition de loi étant d'accorder une indemnisation à toutes les personnes ayant été contaminées avant 1990 par une transfusion sanguine, compte tenu du fait qu'à cette époque la Belgique n'était pas dotée du matériel de dépistage adéquat, il n'y a à notre avis aucun élément objectif permettant d'exclure de l'indemnisation les personnes simplement atteintes du virus mais ne développant pas la maladie et ce dans la mesure où leur intégrité physique a été atteinte au même titre que les autres.

La proposition de loi proposait également d'accorder une indemnisation aux victimes par ricochet, c'est-à-dire les personnes contaminées en raison de leur contact avec les victimes directes.

Cette indemnisation des victimes par ricochet peut en théorie entraîner une augmentation du nombre de personnes à indemniser. En effet, toute personne contaminée avant 1990 a pu contaminer à son tour un certain nombre d'autres qui à leur tour ont pu contaminer d'autres individus.

La proposition de loi est précise sur la notion de victimes par ricochet. Elle énonce qu'il s'agit :

« des personnes contaminées en raison de leur contact avec les victimes directes ».

Il ressort selon nous de ce qui précède, que la proposition de loi exclut de l'indemnisation les victimes du second degré, c'est-à-dire d'une personne contaminée par un individu A, lui-même ayant été contaminé par un individu B, qui a été infecté lors d'une transfusion d'un produit sanguin avant le 1^{er} juillet 1990.

Enfin, la proposition de loi ouvrait également à l'indemnisation les héritiers d'une victime décédée (préjudice successoral).

3.2.3 Le Fonds d'indemnisation

La proposition de loi prévoyait la création d'un Fonds d'indemnisation. Ce Fonds d'indemnisation aurait dû être géré selon les modalités prévues pour l'indemnisation des personnes contaminées par le VIH à l'occasion d'une transfusion. Ce Fonds devait être géré par une ASBL et le financement devait être assuré par une dotation de la Loterie Nationale.

L'indemnisation prévue pour les victimes du VHC était donc forfaitaire, comme pour les victimes du VIH.

Message clé

- **Cette proposition de loi permettrait au Fonds de refuser certaines indemnisations sous prétexte que la contamination à l'hépatite C n'est pas la conséquence de la transfusion mais trouve sa cause dans un autre évènement (présomption réfragable).**
- **Le refus d'indemnisation des porteurs sains du virus ne paraît pas justifié.**
- **On accorde une indemnisation des victimes par ricochet au premier degré**
- **L'indemnisation accordée aux victimes est forfaitaire**

3.3 LA PROPOSITION DE LOI DU 14 DÉCEMBRE 2009

3.3.1 Objectif de la proposition de loi

La proposition de loi du 14 décembre 2009¹⁰ institue « un dispositif d'indemnisation en faveur des personnes contaminées par un virus de l'hépatite à la suite de l'administration de produits sanguins ou de manipulations instrumentales ».

Cette proposition de loi a fait l'objet d'un amendement en date du 11 janvier 2010¹². Monsieur Daniel Ducarme a été ajouté comme coauteur de la proposition de loi.

Les parlementaires constatent qu'à l'heure actuelle, dans la législation et le droit belge, il incombe au patient infecté d'une hépatite de prouver l'origine de la contamination et d'en réclamer la réparation par voie judiciaire. Cette démarche s'avère longue et difficile tant au point de vue moral qu'en ce qui concerne la procédure.

Les parlementaires considèrent que, compte tenu du caractère exceptionnel, des personnes atteintes de l'hépatite à la suite d'une transfusion ou de manipulation instrumentale, il y a lieu d'accorder à celles-ci un système d'indemnisation rapide, juste et fondé sur la solidarité.

La proposition de loi prévoit la réparation intégrale conformément au droit commun des victimes de l'hépatite. Cette réparation est accordée par un Fonds d'indemnisation.

3.3.2 Les personnes visées par la proposition de loi

L'article 9 de la proposition énonce :

« Dans leur demande d'indemnisation, les victimes ou leurs ayants droit justifient de l'atteinte par le virus résultant de l'administration de dérivés sanguins ou de manipulations instrumentales ».

En d'autres termes, le Fonds indemnise toute personne ayant été contaminée par l'hépatite (hépatite C, B, A) à la suite de l'administration de dérivés sanguins ou de manipulations instrumentales.

Il n'existe aucune présomption (à l'inverse des autres propositions de loi déposées pour les victimes du VHC) et la charge de la preuve incombe à la victime.

Une autre différence avec les autres propositions de loi, réside dans le fait que la victime ne doit pas justifier avoir été contaminée à une date déterminée. Bien plus, la proposition de loi ne prévoit aucun délai de prescription ni même qu'elle n'est applicable que pour les dommages résultant d'un fait postérieur à son entrée en vigueur.

En d'autres termes, toute victime de l'hépatite remplissant les deux conditions énoncées ci-dessus, a droit à une indemnisation et ce quelle que soit la date de la contamination.

Il s'agit là d'une différence fondamentale avec les autres propositions de loi et qui permet d'éviter une discrimination entre les victimes de l'hépatite. En effet, comme nous le verrons ultérieurement la proposition de loi du 8 février 2010 refuse l'indemnisation d'une personne ayant été contaminée par l'hépatite C après le 1^{er} juillet 1990, même si cette contamination est due à la transfusion de sang. Nous estimons qu'une telle distinction entre une même catégorie de victimes est source de discrimination.

3.3.3 Réparation du dommage

La proposition de loi déclare en son article 3 que le Fonds est chargé de la réparation intégrale des préjudices définis à l'article 2.

L'article 8 énonce toutefois en ce qui concerne le préjudice ce qui suit :

« Les préjudices pris en considération pour l'intervention du Fonds sont les frais médicaux non couverts par l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, la perte de capacité de gain non couverte par l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, le dommage moral, les troubles de jouissance et les souffrances endurées ».

Il existe là à notre sens une contradiction entre les deux articles. En effet, alors que l'article 3 institue le droit à la réparation intégrale, l'article 8 semble limiter le droit à réparation aux frais médicaux, à la perte de capacité de gain, au dommage moral, aux troubles de jouissance et aux souffrances endurées.

Bien que tous les postes de dommages en matière de réparation du dommage corporel peuvent être qualifiés soit de dommage économique soit de dommage moral, une telle énumération ne nous paraît pas adéquate. A notre sens, il n'est jamais utile de tenter de définir de manière exhaustive ce que l'on entend par réparation intégrale.

La littérature est à cet égard très riche. Par conséquent, nous conseillons de ne retenir que le principe de la réparation intégrale et ne pas tenter de définir ce principe de manière exhaustive.

3.3.4 Conclusion

Cette proposition de loi se distingue fondamentalement des autres propositions de loi faisant l'objet de notre étude. Nous ne l'avons examinée que très brièvement et ce dans la mesure où une nouvelle proposition de loi concernant l'indemnisation des victimes de l'hépatite C fut déposée ultérieurement. Nous pouvons toutefois constater les différences suivantes avec la proposition de loi déposée pour les victimes du VIH :

- toutes les victimes de l'hépatite ont droit à la réparation de leur dommage alors que seules les victimes du VIH ayant été contaminées avant le 1er août 1985 peuvent bénéficier d'une indemnisation ;
- les victimes de l'hépatite contaminées à la suite de manipulations instrumentales ont droit à une indemnisation ce qui est exclu pour les victimes du VIH ;
- les victimes de l'hépatite ont droit à la réparation intégrale de leur dommage alors que les victimes du VIH ont droit à une réparation forfaitaire.

Cette proposition de loi du 14 décembre 2009 si elle venait à être adoptée serait à l'origine de différences fondamentales entre les victimes du VIH et les victimes de l'hépatite C (voir infra : les victimes du VIH).

Message clé

- **La preuve de la contamination doit être apportée par la victime (aucune présomption en faveur de celle-ci)**
- **La proposition de loi accorde aux victimes l'indemnisation intégrale (contradiction dans la proposition de loi)**
- **Il existe des différences fondamentales entre les victimes d'une hépatite et les victimes du VIH (ex : réparation intégrale/réparation forfaitaire)**

3.4 LA PROPOSITION DE LOI DU 8 FÉVRIER 2010

3.4.1 Nouveau chapitre 4/1

La proposition de loi du 8 février 2010⁷ propose d'intégrer à la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, un chapitre 4/1 intitulé :

« Des victimes de l'hépatite C souffrant d'une hépatite chronique, d'une cirrhose ou d'un cancer du foie ayant subi une transfusion de sang ou de dérivés sanguins ayant eu lieu en Belgique avant le 1er juillet 1990 ». L'objectif de ce nouveau chapitre est selon ses auteurs : « d'établir que, dans tous les cas de contamination par le virus du VHC à la suite d'une transfusion sanguine ou de l'administration de dérivés sanguins ayant eu lieu en Belgique avant le 1er juillet 1990, il y a lieu d'indemniser les victimes.

Cette ouverture à l'indemnisation pour cette catégorie de personnes est justifiée par le fait que jusqu'en 1970, le risque de développer une hépatite C sur transfusion était particulièrement élevé (1/30) ».

La proposition de loi estime en d'autres termes, que les personnes ayant subi une transfusion et ayant été affectées avant le 1^{er} juillet 1990 ont subi un aléa thérapeutique (du même ordre que celui subi par les patients contaminés par le VIH) et ont droit par conséquent à une indemnisation.

La proposition de loi ajoute, en ce qui concerne la comparaison avec les victimes du VIH, *« qu'il ne peut être question d'une discrimination, raison pour laquelle il doit leur être permis d'introduire une demande d'indemnisation au Fonds ».*

3.4.2 Le nouvel article 32/1

Afin de rencontrer l'objectif énoncé ci-dessus, la proposition de loi du 8 février 2010 propose d'intégrer dans la loi du 31 mars 2010 un article 32/1. Cet article est rédigé comme il suit :

« Art. 32/1. Par dérogation à l'article 12 §3, la procédure d'indemnisation prévue par la présente est accessible à toutes personnes contaminées par le virus de l'hépatite C ayant reçu une transfusion de sang ou de dérivés sanguins avant le 1er juillet 1990 et souffrant d'une hépatite chronique, d'une cirrhose ou d'un cancer du foie. Ces personnes doivent pouvoir démontrer qu'elles étaient infectées par le VHC avant le 1er juillet 1990 et qu'elles ont été transfusées avant le 1er juillet 1990.

La procédure d'indemnisation est également accessible aux ayants droit des personnes visées à l'aliéna premier ainsi qu'à toute personne contaminée en raison d'un contact qu'elle a eu avec une de ces personnes à condition qu'elle apporte la preuve de l'absence de toute autre source de contamination.

Les critères de gravité définis à l'article 5 ne sont pas d'application dans le cadre de ce chapitre ».

La proposition de loi justifie l'insertion de cet article 32/1 en déclarant que les personnes ayant été transfusées avant le 1^{er} juillet 1990 et ayant contracté la maladie avant cette date, n'ont pas été contaminées suite à une négligence de leur part mais suite au risque que présentait à cette époque toutes transfusions.

Elles sont donc victimes d'accidents médicaux sans responsabilité tout comme les patients du VIH.

C'est également dans le but d'éviter une discrimination entre les victimes du VIH et du VHC que la proposition de loi estime qu'il y a lieu de ne pas prendre en considération pour l'indemnisation, les seuils de gravité fixés par l'article 5 de la loi du 31 mars 2010.

3.4.3 Critiques générales sur la proposition de loi du 8 février 2010

3.4.3.1 *La dérogation à l'article 12§3 de la loi du 31 mars 2010*

L'article 32/1 prévoit qu'il y a lieu de déroger à l'article 12 § 3 de la loi du 31 mars 2010 et portant sur la prescription. Pour rappel cet article énonce :

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

Toutefois, le nouveau projet d'article oublie de faire mention de l'article 35 de la loi du 31 mars 2010. Cet article déclare en effet :

« La présente loi s'applique aux dommages résultant d'un fait postérieur à sa publication au Moniteur Belge ».

Par conséquent, afin que l'article 32/1 puisse faire l'objet d'une application, il convient que ce dernier déroge également à l'article 35. Cet article peut par conséquent être rédigé comme il suit :

« Par dérogation à l'article 35 et à l'article 12 § 3, la procédure d'indemnisation prévue par la présente loi est accessible ... ».

3.4.3.2 *Les conditions d'application*

La preuve d'une transfusion avant le 1^{er} juillet 1990

La proposition de loi antérieure du 20 février 2009 énonçait qu'a priori la contamination par l'hépatite C est la conséquence de la transfusion subie avant le 1^{er} juillet 1990.

Il s'agit selon nous d'une présomption légale réfragable.

La nouvelle proposition de loi du 8 février 2010, en son article 32/1 n'utilise plus les termes a priori. Elle se contente d'énoncer :

« (...) la procédure d'indemnisation prévue par la présente est accessible à toutes personnes contaminées par le virus de l'hépatite C ayant reçu une transfusion de sang ou de dérivés sanguins avant le 1^{er} juillet 1990 et souffrant d'une hépatite chronique, d'une cirrhose ou d'un cancer du foie. Ces personnes doivent pouvoir démontrer qu'elles étaient infectées par le VHC avant le 1^{er} juillet 1990 et qu'elles ont été transfusées avant le 1^{er} juillet 1990 ».

Il suffit par conséquent à la victime de démontrer deux éléments :

- qu'elle est atteinte de l'hépatite C avant le 1^{er} juillet 1990 ;
- qu'elle a été transfusée avant le 1^{er} juillet 1990.

En apportant la preuve de ces deux éléments, la personne aura droit en principe à son indemnisation. En effet, l'article 32/1 ne précise pas que le fonds peut apporter la preuve contraire selon laquelle la maladie n'est pas la conséquence de la transfusion, à l'inverse de la précédente proposition de loi (20 février 2009).

Il ne sera peut-être pas aisé à la victime de démontrer qu'elle a été transfusée avant le 1^{er} juillet 1990. En effet, il faut d'abord retrouver le dossier médical et, à cette époque, il était beaucoup moins détaillé qu'à l'heure actuelle.

Dans la mesure où l'article 32/1 a pour objectif d'être intégré dans la loi du 31 mars 2010, il y a lieu d'examiner si cette dernière permet au Fonds de refuser l'indemnisation des personnes visées ci-dessus.

L'article 4 de la loi précitée énonce les conditions d'indemnisation. Cet article déclare que le Fonds indemnise la victime 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.

Ces deux conditions sont nécessairement remplies en l'espèce. En effet d'une part l'article 32/1 énonce que les critères de gravité définis à l'article 5 ne sont pas d'application. D'autre part, la proposition de loi du 8 février 2010 énonce dans son justificatif que les personnes transfusées avant le 1^{er} juillet 1990 sont des victimes d'accidents médicaux sans responsabilité.

Il y a lieu par conséquent d'en déduire qu'il existe une présomption irréfutable selon laquelle l'hépatite C est la conséquence de la transfusion subie avant le 1^{er} juillet 1990. Cette présomption irréfutable a pour conséquence que la victime a droit à son indemnisation sans que le Fonds puisse apporter la preuve de l'absence de lien de causalité entre la contamination et la transfusion.

En conclusion, l'abandon du terme « a priori » dans la seconde proposition de loi a pour conséquence que nous sommes passés d'une présomption réfragable à une présomption irréfutable.

En d'autres termes, le législateur s'oblige à indemniser toute personne étant porteur du virus de l'hépatite C avant le 1^{er} juillet 1990 et ayant été transfusée avant cette date, et ce quand bien même la transfusion n'est pas à l'origine de la contamination.

L'abandon des critères de gravité

L'article 32/1 énonce que :

« Les critères de gravité définis à l'article 5 ne sont pas d'application dans le cadre de ce chapitre ».

La personne contaminée ne doit pas, par conséquent démontrer, pour bénéficier de l'indemnisation, l'une de ces conditions suivantes :

- une invalidité permanente (incapacité physiologique) d'un taux égal ou supérieur à 25% ;
- une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois ;
- que le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique ;

Le problème se pose toutefois en ce qui concerne la quatrième condition. En effet, à la lecture de l'article 32/1 les ayants droit ne doivent pas en principe démontrer le décès du membre de leur famille ayant été contaminé dans le passé par l'hépatite C. En effet, les critères de gravité en ce compris le décès ne sont pas d'application. Il s'agit là d'une interprétation extensive de l'article 32/1.

Nous sommes d'avis, afin d'éviter toute difficulté, de modifier le dernier aliéna de l'article 32/1 de la manière suivante :

« Les critères de gravité définis à l'article 5, hormis le point 4 ne sont pas d'application dans le cadre de ce chapitre ».

Il y a lieu de signaler que l'abandon des critères de gravité pour les personnes ayant été contaminées avant le 1^{er} juillet 1990 pourra être source de discrimination.

En effet, une personne contaminée à l'heure actuelle par l'hépatite C à la suite d'un acte médical fautif du prestataire de soins (aiguille usagée) devra pour pouvoir bénéficier d'une indemnisation démontrer que l'une des conditions prévues par l'article 5 est remplie. Or, tel ne sera pas le cas d'une personne souffrant de la même maladie, mais ayant contracté celle-ci avant le 1^{er} juillet 1990.

Nous aborderons ce problème dans la sous section suivante.

Dès lors, au vu de ce qui précède, il peut également être conseillé, de supprimer purement et simplement le dernier aliéna de l'article 32 §1, ce qui résoudra le problème lié aux ayants droit et le risque de recours devant la Cour constitutionnelle.

Enfin, cette suppression de l'aliéna litigieux, permettrait d'exclure de l'indemnisation et ce de manière indirecte les personnes atteintes du virus de l'hépatite C et ne développant pas d'hépatite chronique, de cirrhose ou de cancer du foie (voir infra).

3.4.3.3 *L'absence d'indemnisation des victimes ne développant pas d'hépatite chronique, de cirrhose ou de cancer du foie*

L'article 32/1 n'accorde l'indemnisation qu'aux personnes développant une hépatite chronique, une cirrhose ou un cancer du foie.

Elle exclut donc de l'indemnisation les personnes ayant été contaminées par le virus de l'hépatite C et n'ayant pas développé la maladie (virus circulant).

Nous avons énoncé, lors de l'examen de la proposition de loi du 20 janvier 1999, qu'une telle exclusion n'était pas légitime et ce dans la mesure où une personne contaminée par l'hépatite C (non guérie) et ne développant aucun des symptômes (20%) subissait une atteinte à sa qualité de vie et donc un dommage.

En effet, cette catégorie de personnes doit, lorsqu'elle a connaissance de sa contamination, modifier sensiblement sa manière de vivre au quotidien, afin d'éviter de contaminer d'autres personnes, ce qui constitue incontestablement un dommage dont elle n'est pas responsable.

Ces personnes doivent modifier leur comportement sexuel, mais également leur hygiène de vie (éviter qu'une personne utilise leur rasoir, brosse à dents). Elles sont également contraintes de divulguer leur maladie à tout prestataire de soins ou prestataire dentaire.

Les exclure purement et simplement de l'indemnisation ne nous paraît donc pas justifié, compte tenu du fait qu'elles subissent comme les autres victimes du virus, d'une atteinte à leur intégrité physique. Il n'existe, à notre sens, aucun critère raisonnable, justifiant leur exclusion.

L'alternative que nous proposons afin d'exclure de l'indemnisation cette catégorie de personnes en évitant tout problème de discrimination, est de, comme énoncé précédemment, supprimer le dernier aliéna de l'article 32/1 et par conséquent de maintenir pour toute victime les critères de gravité prévus à l'article 5 de la loi du 31 mars 2010.

En agissant de la sorte, les personnes ne développant pas d'hépatite chronique, de cirrhose ou de cancer du foie, seront en principe exclues de l'indemnisation dans la mesure où leur taux d'invalidité (incapacité personnelle) sera inférieur à 25%.

3.4.3.4 *Les victimes par ricochet (hépatite C)*

L'article 32/1 prévoit que la procédure d'indemnisation est également accessible aux ayants droit des personnes visées à l'aliéna premier ainsi qu'à toute personne contaminée en raison du contact qu'elle a eu avec une de ces personnes à condition qu'elle apporte la preuve de l'absence de toute autre source de contamination.

L'indemnisation des victimes par ricochet

La proposition de loi accorde une indemnisation aux victimes par ricochet.

Cette indemnisation des victimes par ricochet peut en théorie entraîner une augmentation du nombre de personnes à indemniser. En effet, toute personne contaminée avant 1990 a pu contaminer à son tour un certain nombre de personnes, qui à leur tour ont pu contaminer d'autres individus (la probabilité reste faible).

La proposition de loi n'est pas très précise sur la notion de victimes par ricochet (1^{er} degré, 2^{ème} degré). Elle énonce qu'il s'agit de toute personne contaminée en raison du contact qu'elle a eu avec une de ces personnes.

La proposition veut-elle accorder une indemnisation aux victimes ayant été contaminées soit par la victime directe soit par un de ses ayant droits (une de ces personnes) ?

La proposition de loi veut-elle au contraire exclure les victimes du second degré, c'est-à-dire, une personne contaminée par un individu A lui-même ayant été contaminé par un individu B, qui a été infecté lors d'une transfusion d'un produit sanguin avant 1990 ?

Si tel n'était pas le cas, le nombre de cas à indemniser pourrait s'avérer être considérable.

Toutefois, bien qu'en théorie ce scénario soit possible, dans les faits il existera un problème de preuve. En effet, il sera difficile (hormis pour les membres de la famille de la victime directe, que l'on peut nommer victimes par ricochet au 1^{er} degré) d'établir la preuve que l'on a été contaminé par une personne qui elle-même a été contaminée par une personne ayant été transfusée avant 1990.

Nous proposons afin d'éviter toute interprétation extensive de cet article 32/1 de reprendre les termes utilisés par la précédente proposition de loi du 20 janvier 2009.

Celle-ci définissait les victimes par ricochet comme « *des personnes contaminées en raison de leur contact avec les victimes directes* ».

Cette définition est plus limpide et évite l'indemnisation des victimes par ricochet indirectes (2^{ème}, 3^{ème} degré et ainsi de suite).

Conditions d'application et preuve

Il ressort de la proposition de loi que les victimes par ricochet doivent afin d'obtenir une indemnisation, démontrer d'une part, qu'elles ont eu un contact avec une victime directe.

D'autre part, elles doivent également démontrer, et ce à l'inverse des victimes directes, l'absence de toute autre source de contamination.

La première condition ne suscite aucune remarque de notre part. Il est en effet tout à fait justifié que les victimes par ricochet doivent démontrer qu'elles aient eu un contact avec une victime directe.

La seconde condition, à savoir la preuve de l'absence de toute autre source de contamination mérite qu'on s'y attarde un peu.

En effet, alors que les victimes directes bénéficient d'une présomption irréfutable selon laquelle c'est la transfusion pratiquée avant le 1^{er} juillet 1990 qui est à l'origine de leur contamination, les victimes par ricochet ne bénéficient pas d'une telle présomption.

Elles se trouvent dans une situation peu enviable de devoir démontrer un contact avec une personne bénéficiant de l'indemnisation mais également l'absence de toute autre source de contamination.

La preuve de l'absence de toute autre source de contamination est impossible à apporter. En effet, il est impossible d'apporter la preuve d'un fait négatif, d'un fait ne s'étant pas produit.

C'est la raison pour laquelle la Cour de cassation a décidé en ce qui concerne la preuve d'un fait négatif que celle-ci ne devait pas être apportée avec toute la rigueur de la preuve d'un fait positif.

« Le juge peut, certes, considérer que la preuve d'un fait négatif ne doit pas être apportée avec la même rigueur que celle d'un fait affirmatif, mais il ne peut dispenser de cette preuve la partie demanderesse et imposer à la partie adverse la preuve d'un fait positif contraire ». e

En d'autres termes, il ne reviendra pas au Fonds de démontrer que la victime a été atteinte par le virus de l'hépatite C par une autre source de contamination que le contact avec une victime directe.

La victime par ricochet, qui n'est pas en mesure de démontrer l'existence d'un fait négatif, pourra donc se contenter d'une vraisemblance suffisante^f, selon laquelle il n'y a pas d'autre source de contamination.

e Cass. R.G. C. 03.0407.N, 16 décembre 2004, Arr. cass., 2004, liv. 12, 2081 ; J.L.M.B., 2006, liv. 27, 1168 ; NJW, 2006, liv. 140, 316 ; Pas., 2004, liv. 12, 2022 ; R.G.A.R., 2006, liv. 8, n° 14.161, note- ; R.V., 2004 05, liv. 39, 1553, note Nys, H. ; Rev. Dr. Santé, 2004-05, liv. 4, 299, note Lierman, S. – Voir dans le même sens : Bruxelles 27 février 1987, Dr. Circ., 1987, 287- Gand 27 septembre 2007, Rev. Dr. Santé, 2008-09, liv. 5, 404, note TV ; T.J.K., 2009, liv. 4-5, 356 – Civ. Anvers 21 février 2007, Rev. Dr. Santé, 2006-07, liv. 5, 373.

Dans les faits, les personnes ayant eu une relation durable avec la victime directe (époux/épouse, enfants, cohabitant, parents...) pourront plus aisément démontrer qu'il est plus que vraisemblable qu'elles aient été contaminées par la victime directe, qu'une personne n'ayant eu qu'un contact éphémère avec celle-ci.

Il a ainsi été décidé dans un cas concernant une contamination par le virus du sida ce qui suit :

*« Une certitude scientifique absolue n'est juridiquement pas requise pour cela. De l'ensemble des éléments de fait, l'on peut par contre admettre avec une probabilité proche de la certitude que la victime a subi la contamination suite au grand nombre de transfusions, après l'accident, avec du sang qui n'avait pas encore été testé au niveau des anticorps HIV. En outre, il n'y a pas d'indication de la présence d'autres facteurs de risque comme l'usage de drogues ou de relations homosexuelles ».*¹³

3.4.3.5 Conclusion

A ce stade de l'examen de la proposition de loi du 8 février 2010, nous estimons que l'article 32/1 ne peut être adopté tel quel et doit faire l'objet de plusieurs modifications. En effet, d'une part l'article 32/1 ne peut uniquement déroger à l'article 12§3 de la loi du 31 mars 2010, mais doit également déroger à l'article 35.

D'autre part, il convient selon nous d'accorder au Fonds la possibilité de renverser la présomption selon laquelle la transfusion de sang ayant eu lieu avant le 1^{er} juillet 1990 est à l'origine de la contamination à l'hépatite C. Le dernier aliéna de l'article 32/1 doit être supprimé et ce afin d'éviter comme nous l'examinerons ultérieurement, un recours devant la Cour constitutionnelle.

Exclure les personnes ayant été contaminées par le virus de l'hépatite C et ne développant pas la maladie, n'est à notre sens pas une bonne stratégie. En obligeant les personnes atteintes de l'hépatite C à démontrer l'un des critères de gravité prévu à l'article 5 de la loi du 31 mars 2010, l'objectif d'exclusion sera atteint, tout en évitant une discrimination entre les victimes.

Toutefois, le maintien de cet article 5 pourra avoir pour conséquence d'exclure une autre catégorie de victimes, comme par exemple les personnes souffrant d'une hépatite chronique, dans la mesure où certaines d'entre elles n'atteindront pas le seuil des 25% d'invalidité.

En outre, afin d'éviter que la liste des personnes à indemniser s'allonge, il est selon nous nécessaire que la loi limite de manière claire l'indemnisation des victimes par ricochet aux seules personnes ayant été en contact avec la victime directe, définie comme étant celle ayant subi une transfusion de sang avant le 1^{er} juillet 1990. En définitive, bien que notre conclusion finale aboutira au rejet de l'insertion d'un nouveau chapitre 4 dans la loi du 31 mars 2010, nous pouvons à ce stade de l'examen, proposer les modifications suivantes au projet de loi du 8 février 2010 :

« Insérer un chapitre 4/1, intitulé :

« Des victimes de l'hépatite C ayant subi une transfusion de sang ou de dérivés sanguins ayant eu lieu en Belgique avant le 1^{er} juillet 1990 ».

Dans le chapitre 4/1 précité, insérer un article 32/1, rédigé comme il suit :

« Art. 32/1. Par dérogation à l'article 12 § 3 et 35, la procédure d'indemnisation prévue par la présente loi est accessible a priori à toutes personnes contaminées par le virus de l'hépatite C ayant reçu une transfusion de sang ou de dérivés sanguins avant le 1^{er} juillet 1990 et souffrant d'une hépatite C. Ces personnes doivent démontrer qu'elles étaient infectées par le VHC avant le 1^{er} juillet 1990 et qu'elles ont été transfusées avant le 1^{er} juillet 1990. Le Fonds reste en droit de démontrer que la victime a été infectée par une autre source de contamination.

La procédure d'indemnisation est également accessible aux ayants droit des personnes visées à l'aliéna premier ainsi qu'à toute personne contaminée en raison d'un contact qu'elle a eu avec une ou plusieurs des personnes visées à l'aliéna premier, à condition qu'elle apporte la preuve de l'absence de toute autre source de contamination ».

3.4.4 Problèmes de discrimination posés par la proposition de loi du 8 février 2010)

3.4.4.1 Dérégation aux articles 35 et 12§3 de la loi du 31 mars 2010

Généralités

La loi du 31 mars 2010 sur les dommages résultant de soins de santé, n'est pas rétroactive. Elle ne s'applique que pour les cas postérieurs à sa publication au Moniteur belge (2 avril 2010).

Toutefois, en insérant un chapitre 4 dans cette loi, le législateur permet aux victimes ayant subi une transfusion dans un passé assez lointain, d'obtenir la réparation de leur dommage, si cette transfusion a eu pour conséquence qu'elles aient été contaminées par l'hépatite C.

Il s'agit là d'une dérogation importante aux articles 35, §1^{er} et 12§3 de la loi, dérogation qui n'est offerte qu'à une catégorie de victime.

L'article 35, §1^{er} pour rappel énonce que la présente loi s'applique aux dommages résultant d'un fait postérieur à sa publication au Moniteur Belge.

L'article 12 § 3 quant à lui énonce :

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

La justification d'une telle dérogation est louable, mais entraînerait à notre sens une situation de discrimination.

Discrimination envers des victimes atteintes du VHC après le 1^{er} juillet 1990

Les autres victimes ayant contracté le virus VHC lors d'une transfusion sanguine après la date pivot du 1^{er} juillet 1990 ne peuvent bénéficier de l'indemnisation prévue par la loi du 31 mars 2010.

En effet, d'une part elles ne rentrent pas dans le champ d'application du chapitre 4. D'autre part, il leur sera opposé l'article 35 qui énonce que la présente loi s'applique aux dommages résultant d'un fait postérieur à la publication de la loi (2 avril 2010).

Il s'agit là selon nous d'une discrimination qui pourra faire l'objet d'un recours devant la Cour constitutionnelle. En effet, il n'existe à notre sens aucun critère objectif permettant de traiter une catégorie de personnes ayant la même maladie de manière distincte, au seul motif qu'elles aient été contaminées à des dates différentes.

Ce recours reste bien entendu hypothétique et ce compte tenu du nombre très faible des personnes pouvant se trouver dans ce cas de figure. En effet, à partir de 1990, les tests sont devenus plus sûrs et les personnes ayant contracté le virus par une transfusion ont pu en principe obtenir réparation de leur dommage par d'autres voies légales (produits défectueux dès 1992, 1382 du Code civil ou responsabilité contractuelle).

Toutefois bien que théorique ce recours devant la Cour constitutionnelle reste possible.

En effet, lors de notre entretien avec la Croix Rouge, cette dernière nous a communiqué que le premier test de dépistage de l'hépatite C mis sur le marché (test de la première génération) à partir du 1^{er} juillet 1990 était très fiable, mais que d'autres tests améliorés ont par la suite vu le jour.

Ainsi, dans le courant de septembre 1990, un test de 2^{ème} génération a permis de déceler des victimes de l'hépatite C qui n'avaient pas été décelées par le premier test. Un test de 3^{ème} génération plus fiable encore a été utilisé dans le courant de 1991. Dès lors entre le 1^{er} juillet 1990 et début de l'année 1991, des victimes de l'hépatite C ont pu ne pas être décelées grâce aux tests de dépistage, et leur sang a pu par conséquent être utilisé pour des transfusions sanguines.

En outre, durant cette période charnière de 1990 à 1991, la loi sur la responsabilité du fait des produits défectueux n'existait pas encore (loi du 25 février 1991).

Le seul moyen de contourner ce risque d'inconstitutionnalité, serait en principe de permettre à toutes les personnes contaminées par l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine, quelle que soit la date de la contamination, de solliciter une indemnisation auprès du Fonds créé par la loi du 31 mars 2010.

Cette proposition ne résoudra toutefois pas, la discrimination que pourraient invoquer les personnes victimes, avant la publication de la loi du 31 mars 2010, d'un aléa thérapeutique (voir infra).

Discrimination envers toutes les personnes ayant subi un aléa thérapeutique avant la publication de la loi du 31 mars 2010

Toutes les victimes d'une prestation de soins de santé qui n'ont pas été en mesure dans le passé d'apporter la preuve d'une faute du prestataire de soins ou de l'établissement hospitalier, et ce dans la mesure où il leurs fut invoqué l'aléa thérapeutique, pourraient se sentir discriminées par rapport aux victimes de l'hépatite C.

En effet, imaginons l'hypothèse d'une personne victime d'un accident médical dans les années 90, dû au manque de données scientifiques de l'époque (aléa médical de l'époque qui n'existe plus à l'heure actuelle). Cette personne se verra exclue du droit à l'indemnisation et ce dans la mesure où la loi du 31 mars 2010 n'est pas rétroactive, alors que d'autres victimes à qui il pourrait en principe être opposé la non rétroactivité de la loi (article 35) se verraient elles, octroyer une indemnité.

Le fait de permettre à une seule catégorie de personnes ayant subi un aléa thérapeutique, la possibilité de contourner la non rétroactivité de la loi est source selon nous de discrimination. Or, il est impossible de donner effet rétroactif à la loi du 31 mars 2010. Une telle hypothèse entraînerait une multiplication considérable des cas à indemniser.

Il nous semble par conséquent que la loi du 31 mars 2010 n'est pas le meilleur outil pour indemniser les personnes contaminées par l'hépatite C lors d'une transfusion de sang.

3.4.4.2 Abandon des critères de gravité

L'article 32/I en son dernier aliéna propose que : « Les critères de gravité définis à l'article 5 ne sont pas d'application dans le cadre de ce chapitre ».

Une telle dérogation à l'article 5 pourra également être source de discrimination.

En effet, une personne qui serait contaminée à l'heure actuelle par l'hépatite C à la suite d'un acte fautif du prestataire de soins (aiguille usagée, endoscopie) devra démontrer qu'une des conditions de l'article 5 est remplie, alors qu'une personne ayant été contaminée par la même maladie avant 1990 n'y sera pas tenue.

Deux victimes d'une même pathologie se trouveront donc dans des situations différentes au seul motif qu'elles n'ont pas été contaminées à la même date.

Cette justification ne nous paraît pas objective, et le risque de recours devant la Cour constitutionnelle est réel.

3.4.4.3 *La possibilité pour les victimes d'obtenir la réparation intégrale de leur dommage*

Les parlementaires justifient la proposition de loi du 8 février 2010, en déclarant qu'il y a lieu d'éviter toute discrimination entre les victimes de l'hépatite C et les victimes du VIH.

Or, la proposition de loi concernant les victimes du VIH accorde à ces dernières une indemnité forfaitaire alors que la proposition de loi du 8 février 2010 permet aux victimes du VIH d'obtenir la réparation intégrale de leur dommage.

L'objectif des parlementaires est donc loin d'être atteint. Au contraire, en déposant les deux propositions de loi étudiées dans la présente étude, ils créent une discrimination entre les deux catégories de victimes contaminées, discrimination qui n'existait pas auparavant.

En d'autres termes, si les deux propositions de loi (8/02/2010 et 21/02/2008) venaient à être adoptées, les victimes de l'hépatite C seraient privilégiées par rapport aux victimes du VIH, ce qui constitue selon nous une discrimination notable.

3.4.4.4 *Conclusion*

En conclusion, nous estimons que le risque de recours devant la Cour constitutionnelle est très important, et ce principalement dans la mesure où le principe de non rétroactivité de la loi du 31 mars 2010 pourrait être contourné par une seule catégorie de personnes, les victimes du VHC ayant contracté la maladie avant le 1^{er} juillet 1990.

Or, toutes victimes d'un aléa thérapeutique n'ayant pu obtenir une indemnisation, ne demanderait pas mieux que de pouvoir contourner l'article 35 de la loi du 31 mars 2010.

Pour quel motif, ces victimes ne pourraient-elles pas, au même titre que les victimes de l'hépatite C bénéficier d'une juste indemnité par rapport aux souffrances qu'elles ont subies et continuent à subir ?

Message clé

- **L'objectif de la proposition de loi est d'étendre le champ d'application de la loi du 31 mars 2010 aux victimes de l'hépatite C ayant contracté la maladie à la suite d'une transfusion ayant eu lieu avant le 1er juillet 1990 (aléa thérapeutique).**
- **Les principales critiques de la proposition de loi du 8 février 2010 sont les suivantes :**
- **Le nouvel article 32/1 devrait également déroger à l'article 35 de la loi du 31 mars 2010.**
- **Il y a lieu de prévoir que la présomption en faveur des victimes est réfragable.**
- **L'abandon des critères de gravité pourrait engendrer une certaine discrimination.**
- **La proposition de loi est imprécise en ce qui concerne les victimes par ricochet.**
- **La proposition de loi du 8 février 2010 serait susceptible d'engendrer certaines discriminations telles que :**
 - **une discrimination envers les victimes atteintes du VHC après le 1er juillet 1990.**
 - **une discrimination envers toutes les victimes ayant subi un aléa thérapeutique avant le 2 avril 2010.**
 - **une discrimination liée à l'abandon des critères de gravité.**
 - **une discrimination entre les victimes du VHC et les victimes du VIH liée au mode de réparation de leur dommage (réparation intégrale/réparation forfaitaire).**

3.5 LA PROPOSITION DE LOI DU 21 FÉVRIER 2008

3.5.1 Objectif de la proposition de loi

Cette proposition de loi vise à indemniser les patients, victimes de contamination par le virus VIH à la suite d'un accident transfusionnel ayant eu lieu en Belgique avant 1985.

Il est constaté par le pouvoir législatif que seules les personnes ayant été contaminées par le virus du sida entre le 1^{er} août 1985 et le 30 juin 1986 pouvaient bénéficier d'une indemnisation forfaitaire et ce par le biais de l'ASBL AAPS.

Toutefois un grand nombre de personnes ont été contaminées avant le 1^{er} août 1985 et ne peuvent bénéficier d'une telle indemnisation, raison pour laquelle la proposition de loi fut déposée.

Cette proposition de loi est divisée en plusieurs chapitres identiques à ceux repris dans la proposition de loi du 06/11/2007.

3.5.2 Examen critique de la proposition

Des dommages indemnifiables

L'article 2 du chapitre 2 intitulé des dommages indemnifiables énonce :

« Toute victime de la contamination par le VIH suite à une transfusion sanguine ou de l'administration de produits sanguins sur le territoire de l'Etat belge avant le 1^{er} août 1985 peut être indemnisée aux conditions visées aux articles 5 et suivants de la présente loi.

En cas de décès d'une personne contaminée visée à l'aliéna 1^{er}, peuvent également être indemnisés :

- *l'époux (se) non séparé(e) de fait ou le cohabitant légal qui vivait avec la victime au moment de son décès ;*
- *les père, mère et enfants de ces personnes. »*

Cet article 2 fait référence à la notion de « cohabitant légal ». Or cette notion n'a été introduite que par la loi du 23 novembre 1998¹⁴. Cette nouvelle forme de vie commune n'existait donc pas avant 1^{er} janvier 2000, date d'entrée en vigueur de la loi.¹⁵

En l'espèce, le décès peut être antérieur à 1998 et ce compte tenu de la catégorie de personnes visées (contamination avant le 1^{er} août 1985). La personne vivant en union libre avant 1998, avec la personne contaminée, ne disposait donc pas du titre de cohabitant légal et ne peut donc en principe bénéficier de la moindre indemnité (on pense par exemple à un couple homosexuel, ou à un couple fiancé non marié).

Bien plus, une autre interprétation est possible. En effet, la loi peut être interprétée dans un sens plus favorable aux victimes, à savoir qu'elle accorde le droit à réparation à toute personne qui au moment des faits aurait pu se prévaloir d'être cohabitant légal si notion avait existé 1998, en d'autres termes, à tout cohabitant de fait.

Or conformément à l'article 1475 §1^{er} du Code civil, deux conditions sont nécessaires pour pouvoir adhérer au régime de la cohabitation légale :

- les deux personnes ne soient ni mariées, ni liées par une autre cohabitation légale ;
- elles soient capables de contracter conformément aux articles 1123 et 1124 du Code civil.

Dans cette hypothèse pourrait se prévaloir d'un tel droit :

- des concubins hétérosexuels/homosexuels qui auraient fait le choix de ne pas se marier ;
- des amis qui vivent ensemble ;
- un parent qui cohabite avec l'un de ses enfants ;
- deux frères/sœurs,⁷

- des cousins
-

Il ne nous semble pas qu'une telle interprétation soit la volonté du législateur. En effet, un ami d'une personne contaminée pourrait se voir octroyer un montant de 62.000€ alors qu'un enfant n'aurait droit qu'à 6.200€.

Nous pensons que le législateur a voulu accorder une indemnité uniquement au concubin vivant sous le même toit que la personne contaminée.

Nous proposons par conséquent de modifier l'article 2 dans ce sens :

« (...) l'époux (se) non séparé (e) de fait ou la personne vivant en union libre avec la victime et domiciliée avec elle au moment de son décès ».

De la commission d'indemnisation

L'article 3 de la proposition de loi prévoit qu'une commission appelée « la commission » statue sur les demandes d'octroi d'indemnisation introduite par les personnes visées par la loi.

C'est le Roi qui détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, la composition et les règles de fonctionnement de cette commission.

Cette délégation au pouvoir exécutif du fonctionnement de la Commission pourra entraîner un retard en ce qui concerne l'entrée en vigueur de loi.

L'objectif de la loi étant l'indemnisation des personnes contaminées par le VIH avant 1985, risque de ne pas être atteint. En effet, le nombre de victimes encore vivantes diminuent de jour en jour.

Indemnisation

Alors que la proposition de loi du 8 février 2010 accorde aux victimes de l'hépatite C la réparation intégrale de leur dommage, la proposition de loi du 21 février 2008 indemnise les victimes du VIH de manière forfaitaire.

Par conséquent, le but avoué par le législateur et consistant à vouloir éliminer toute discrimination entre les victimes de l'hépatite C et du VIH est loin d'être atteint. Il existe en effet une discrimination évidente entre les deux catégories de victimes en ce qui concerne la manière dont leur dommage est réparé.

Il en va de même pour les victimes par ricochet qui peuvent bénéficier d'une indemnisation dans l'hypothèse d'une contamination par le VHC mais qui seront exclues de l'indemnisation dans l'hypothèse d'une contamination par le VIH.

Ces discriminations ne reposent à nos yeux sur aucun élément objectif. Au contraire, sans vouloir minimiser le cas des victimes atteintes de l'hépatite C, le VIH reste à l'heure actuelle une maladie mortelle dans tous les cas de figure ce qui n'est pas le cas de l'hépatite C.

En ce qui concerne l'indemnisation à proprement parler, les montants accordés sont identiques à ceux octroyés par l'ASBL AAPS, à savoir :

- 124.000€ pour la victime directe ;
- 62.000€ pour le conjoint ou concubin ;
- 6.200€ pour les parents ;
- 6.200€ pour les enfants.

Il n'est à notre sens pas justifié d'allouer une indemnisation forfaitaire pour les victimes du VIH et d'accorder aux victimes de l'hépatite C la réparation intégrale de leur dommage (voir infra).

Les victimes de l'hépatite C sont ainsi privilégiées. En effet, si une victime du VIH avait droit à la réparation intégrale de son dommage, le montant accordé pour la réparation de celui-ci serait incontestablement supérieur à la somme de 124.000€.

De la procédure

Il ressort de l'article 6 de la proposition de loi du 21 février 2010, qu'il revient à la victime de démontrer que l'atteinte par le VIH résulte d'une transfusion sanguine ou de l'administration en Belgique de dérivés sanguins avant le 1^{er} août 1985.

La charge de la preuve repose sur le malade ou sur ses ayants droits.

Il s'agit là encore d'une distinction fondamentale avec la proposition de loi du 8 février 2010 qui accorde aux victimes de l'hépatite C une présomption réfragable ou irréfragable (voir supra) que leur maladie est la conséquence de la transfusion sanguine.

Ne devrait-on pas envisager une solution identique (présomption réfragable) pour les victimes du VIH, alors que le but avoué des parlementaires est d'éviter toute discrimination entre ces catégories de victimes contaminées ?

En effet, il ne sera déjà pas aisé pour les victimes du VIH de démontrer qu'elles ont été transfusées avant 1985 (il n'était pas obligatoire à l'époque de faire un compte rendu de l'opération) et encore moins que leur contamination est due à la transfusion.

L'article 7 prévoit quant à lui ce qui suit :

« La demande est introduite par lettre recommandée à la poste.

Une fois la commission saisie d'une demande, un de ses membres est chargé d'examiner si la demande est fondée. Il en fait rapport à la commission d'indemnisation, qui décide de façon collégiale ».

L'article 8 poursuit :

« Si les conditions visées à l'article 2 et à l'article 6 sont rencontrées, la commission d'indemnisation fait droit à la demande d'indemnisation, le demandeur en est informé par lettre recommandée dans les 8 jours de la décision (...) ».

Le seul délai dont la proposition de loi fait état est celui dans lequel la réponse doit être notifiée à la victime après que la commission ait pris sa décision d'accorder ou de refuser l'indemnisation.

La proposition de loi reste muette sur le délai dans lequel le membre doit faire rapport et le délai dans lequel la commission doit prendre sa décision. En l'absence de ces délais, ceux-ci peuvent être longs.

En outre, la commission n'est pas tenue, d'accuser réception de la demande d'indemnisation.

Enfin, en ce qui concerne le seul délai énoncé par la loi, aucune sanction n'est prévue en cas de non respect de celui-ci.

Il nous semble, pour une meilleure sécurité de la justice, qu'un délai devrait être imposé à la Commission pour répondre à la demande de la victime ou à tout le moins pour solliciter des documents complémentaires.

Il semblerait à la lecture de la proposition de loi que cette faculté d'imposer des délais serait accordée au Roi. Le pouvoir législatif pourrait à notre sens s'en charger.

Enfin l'article 9 précise qu'en cas de refus de la Commission d'indemnisation, le demandeur reçoit la décision motivée dans les 8 jours de celle-ci.

La proposition de loi ne mentionne pas la juridiction compétente pour connaître des recours contre la décision de la Commission. Il y aura lieu par conséquent de s'en référer au droit commun (Code judiciaire).

Dispositions diverses

L'article 11 énonce :

« Les personnes visées à l'article 4 informent la commission d'indemnisation des procédures judiciaires éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, la victime informe le juge de la saisine de la commission d'indemnisation ».

Quid en cas de non respect de cette obligation ?

Discriminations

3.5.2.1 Généralités

Le fait d'avoir confié précédemment l'indemnisation des victimes du VIH à une ASBL avait cet avantage certain que personne ne pouvait crier à l'injustice à l'encontre de l'objet social de cette ASBL.

En effet, une ASBL fixe librement son objet social, sans qu'il y ait de contrôle de la Cour constitutionnelle. Ainsi une ASBL pourrait décider d'indemniser les personnes amputées du gros orteil gauche, sans que les personnes amputées du gros orteil droit, par exemple, ne puissent introduire une action devant la Cour constitutionnelle pour discrimination.

La situation est toute autre lorsque c'est une loi qui prévoit l'indemnisation d'une catégorie de victimes bien déterminées à l'exclusion d'autres victimes.

Cette situation est susceptible d'entraîner une discrimination qui selon nous est rencontrée en l'espèce.

3.5.2.2 Discrimination envers les victimes du VIH contaminées après le 1er juillet 1986

La situation est identique à celle étudiée pour les victimes de l'hépatite C. Les autres victimes ayant contracté le virus du VIH lors d'une transfusion sanguine après la date pivot du 30 juin 1986 ne peuvent bénéficier de l'indemnisation prévue par la proposition de loi.

Il s'agit là selon nous d'une discrimination qui pourra faire l'objet d'un recours devant la Cour constitutionnelle. En effet, il n'existe à notre sens aucun critère objectif permettant de traiter une catégorie de personnes ayant la même maladie de manière distincte, au seul motif qu'elles aient été contaminées à des dates différentes.

Ce recours comme énoncé précédemment pour l'hépatite C reste bien entendu hypothétique.

3.5.2.3 Les victimes du VIH peuvent ressentir de la discrimination par rapport aux victimes de l'hépatite C

Nous nous en référons sur ce point à ce que nous avons énoncé préalablement aux points 43.4 et suivants.

En effet, il est injustifié d'accorder aux victimes du VIH une indemnité forfaitaire (124.000€) alors que les victimes de l'hépatite C auraient droit à la réparation intégrale de leur dommage, et ce alors qu'elles ont été contaminées par leurs virus respectifs à une période quasiment identique (absence de tests surs).

En outre, les victimes par ricochet sont également traitées de manière distincte. Elles ont droit à une indemnisation lorsqu'elles sont contaminées par le virus du VHC, mais elles se verront refusé la réparation de leur dommage dans l'hypothèse d'une contamination au VIH.

3.5.3 Conclusion

La proposition de loi telle qu'elle est rédigée à l'heure actuelle nous semble lacunaire. En effet, les personnes visées par cette loi, le fonctionnement de la commission ne sont pas définis de manière claire.

Il ne semble pas opportun de laisser au seul pouvoir exécutif la compétence de donner vie et fonctionnement à cette proposition de loi.

Toutefois les questions relatives à la discrimination rendent à notre sens superflu tout examen plus approfondi de cette proposition de loi.

L'objectif avoué des parlementaires était d'éviter toute discrimination entre les victimes du VIH et les victimes du VHC.

Cet objectif est à notre sens loin d'être atteint. Au contraire, on dénombre entre les deux catégories de victimes, les discriminations suivantes :

- réparation intégrale pour les victimes du VHC et réparation forfaitaire pour les victimes du VIH ;
- absence de réparation pour les victimes par ricochet dans le cadre de la proposition de loi concernant les victimes du VIH ;
- la charge de la preuve diffère selon que l'on est victime du VIH ou du VHC ;
- insécurité juridique pour les victimes du VIH en ce qui concerne le délai dans lequel leur demande sera traitée. La loi du 31 mars 2010 étant plus précise à cet égard.

Message clé

- **L'objectif de la proposition de loi est d'accorder une indemnisation aux victimes de la contamination par le virus du VIH à la suite d'un accident transfusionnel ayant eu lieu en Belgique avant 1985**
- **Les principales critiques de la proposition de loi du 21 février 2008 sont les suivantes :**
- **une référence inadéquate à la notion de cohabitation légale qui n'existe que depuis 1998**
- **une indemnisation forfaitaire pour les victimes du VIH et indemnisation intégrale pour les victimes du VHC**
- **une insécurité juridique en ce qui concerne la procédure d'indemnisation (délais)**
- **La proposition de loi du 21 février 2008 serait susceptible d'engendrer certaines discriminations telles que :**
- **une discrimination envers les victimes du VIH contaminées après le 1er juillet 1986**
- **une discrimination entre les victimes du VIH et les victimes du VHC**

3.6 CONCLUSION GÉNÉRALE

La question fondamentale de notre étude était de savoir si le but recherché par les parlementaires et consistant à vouloir éliminer toute discrimination entre les victimes de l'hépatite C et les victimes du VIH est atteint par le dépôt des propositions de loi étudiées.

Cette question doit malheureusement recevoir une réponse négative. En effet, le but du législateur est loin d'être atteint. Au contraire, les propositions de loi sont, à ce point, différentes qu'elles créent des discriminations entre les deux catégories de victimes, discriminations qui n'existaient pas au préalable. Nous les avons citées à de nombreuses reprises dans notre analyse.

La principale source de discrimination consiste selon nous dans le mode de réparation du dommage. En effet, alors que les victimes de l'hépatite C auraient droit à la réparation intégrale de leur dommage (propositions de loi du 14 décembre 2009 et du 8 février 2010), les victimes du VIH devraient se contenter d'une réparation forfaitaire (proposition de loi du 21 février 2008). Une telle différence de traitement n'est pas justifiée.

La seconde question concernait la loi du 31 mars 2010. Cette loi est-elle l'instrument adéquat pour la réparation des victimes atteintes de l'hépatite C contaminée avant le 1^{er} juillet 1990 ?

Nous répondons également par la négative à cette question. En effet, comme énoncé précédemment, pour pouvoir accorder une indemnisation aux victimes de l'hépatite C ayant été contaminées avant le 1^{er} juillet 1990, il convient de déroger à l'article 35 de la loi du 31 mars 2010. Accorder cette dérogation aux seules victimes de l'hépatite C entraînerait à notre sens un risque important de recours devant la Cour constitutionnelle. Certes les victimes de l'hépatite C ont subi un aléa thérapeutique, mais un grand nombre de victimes d'accidents médicaux en tout genre, se trouve dans la même situation.

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.

Enfin, en faisant abstraction des remarques énoncées ci-dessus et portant sur la discrimination, restait également à traiter une question subsidiaire : *Existe-t-il d'autres catégories de victimes se trouvant dans une situation similaire mais qui ne seraient pas visées par les propositions de loi ? Ces victimes pourraient-elles être éligibles à une indemnisation selon le même principe ?*

Si la proposition de loi du 8 février 2010 devrait être adoptée, il conviendrait de répondre de manière positive à ces deux questions.

En effet, toutes les victimes d'un aléa thérapeutique dans le passé, soit avant la publication de la loi du 31 mars 2010 se trouvent d'un point de vue juridique dans une situation similaire aux victimes de l'hépatite C. Ces deux catégories de personnes sont victimes d'un aléa thérapeutique avant le 2 avril 2010.

S'il est fait abstraction de la proposition de loi du 8 février 2010, la réponse doit être nuancée.

En effet, il existe à l'heure actuelle un grand nombre de maladies émergentes qui pourraient être à la source de contaminations par transfusion. La Croix Rouge nous a cité les exemples suivants :

- la fièvre q (décelée récemment aux Pays-Bas) ;
- « la maladie de la vache folle » (aucun cas en Belgique mais plusieurs en Angleterre) ;
- Chagas maladie mortelle (décelée en Amérique du Sud).

Toutefois, une victime contaminée par un virus à l'heure actuelle à la suite d'une transfusion de sang pourrait obtenir réparation soit via la loi du 25 février 1991 sur la responsabilité du fait des produits défectueux, soit si la contamination date d'après avril 2010, via la loi du 31 mars 2010 et ce quand bien même les travaux préparatoires de la loi du 31 mars 2010 prévoient le contraire (voir supra)

3.7 TABLEAU RECAPITULATIF

	Proposition de loi du 23/01/2009 (VHC)	Proposition de loi du 14/12/2009 (hépatites)	Proposition de loi du 08/02/2010 (VHC)	Proposition de loi du 21/02/2008 (VIH)
Type de réparation	Réparation forfaitaire	Réparation intégrale	Réparation intégrale	Réparation forfaitaire
Victimes indemnisées	Contamination avant le 1/07/1990 Pas les porteurs sains du virus mais bien les victimes par ricochet	Contamination à n'importe quelle date Pas les victimes par ricochet	Contamination avant le 1/07/1990 Pas les porteurs sains du virus mais bien les victimes par ricochet	Contamination avant 1985 (indemnisation via asbl si contamination entre 1/08/1985 et 30/06/1986) Pas les victimes par ricochet
Ayants droit	Les héritiers peuvent invoquer un préjudice successoral	Tous les ayants droit peuvent introduire une demande auprès du fonds	Tous les ayants droit peuvent introduire une demande auprès du fonds	Limitation des ayants droit pouvant bénéficier de l'indemnisation : enfants, parents et 'cohabitant'.
Preuve à apporter	Il existe une présomption selon laquelle la maladie est la conséquence de la transfusion sanguine	Absence de présomption : la victime doit apporter la preuve que l'administration de dérivés sanguins ou la manipulation instrumentale est la cause de sa maladie	Il existe une présomption selon laquelle la maladie est la conséquence de la transfusion sanguine	Absence de présomption : la victime doit apporter la preuve que la transfusion sanguine est la cause de sa maladie
Discriminations	1° Discrimination envers les victimes atteintes du VHC après le 1 ^{er} juillet 1990 2° Le refus d'indemnisation des porteurs sains ne paraît pas justifié 3° Discrimination envers les victimes du VIH	Différences fondamentales entre les victimes d'une hépatite et celles du VIH	1° Discrimination envers les victimes atteintes du VHC après le 1 ^{er} juillet 1990 2° Le refus d'indemnisation des porteurs sains ne paraît pas justifié 3° Discrimination envers toutes les personnes ayant subi un aléa thérapeutique avant la publication de la loi du 31 mars 2010 4° Discrimination envers les victimes du VIH	1° Discrimination envers les victimes atteintes du VIH après le 1 ^{er} juillet 1986 2° Discrimination par rapport au régime plus favorable des victimes du VHC

4 IMPACT BUDGETAIRE

4.1 INTRODUCTION

L'analyse juridique menée au chapitre précédent a permis de mettre en lumière les différences et parfois les contradictions entre les différentes propositions de loi. Nous évaluerons donc leurs impacts budgétaires séparément. Pour chacune, nous aborderons trois questions :

1. Un bref rappel de la proposition de loi nécessaire à la fixation des hypothèses de travail – CHAMP D'APPLICATION.
2. Après avoir délimité le champ d'application , une estimation du nombre de victimes à indemniser est réalisée – ESTIMATION DU NOMBRE DE VICTIMES.
3. Enfin, la dernière sous-section évalue la charge financière future liée à l'indemnisation des victimes de la maladie concernée – CHARGE FINANCIERE.

4.2 LA PROPOSITION DE LOI DU 23 JANVIER 2009

4.2.1 Champ d'application

Cette proposition vise à indemniser de manière forfaitaire les victimes directes de l'hépatite C, les victimes par ricochet ainsi que les héritiers des victimes directes décédées.

Le législateur définit respectivement la victime directe, la victime par ricochet et les héritiers comme :

"Toute personne ayant contracté le virus avant le 1er juillet 1990 et ayant subi une transfusion de sang ou de dérivés sanguins pour autant que ces personnes souffrent d'une hépatite chronique, d'une cirrhose ou d'un cancer du foie".

"Les personnes contaminées en raison de leur contact avec les victimes directes ; les victimes par ricochet devront apporter la preuve de l'absence de toute autre source de contamination".

"Les héritiers des victimes directes décédées au titre de préjudice successoral".

Les critères retenus pour évaluer le nombre de victimes directes sont les suivants :

1. La contamination du virus de l'hépatite C doit avoir eu lieu par transfusion de sang ou de dérivés sanguins.
2. La transfusion a été pratiquée avant le 1er juillet 1990.
3. La victime doit être à un stade avancé de la maladie (hépatite chronique, cirrhose ou cancer du foie).

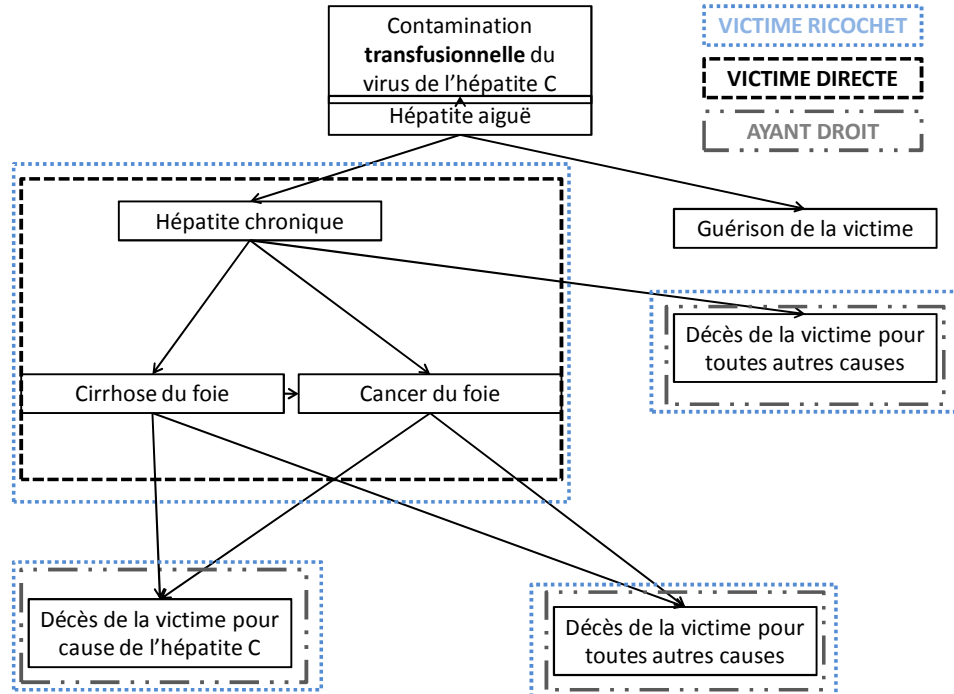
En ce qui concerne les autres catégories de victimes, il convient d'apporter, outre les trois points précédents, la preuve soit de l'absence de toute autre source de contamination (pour les victimes par ricochet) soit d'un préjudice successoral (pour les héritiers).

Ces critères contraignants permettent de limiter le nombre de cas indemnifiables puisqu'il faut non seulement connaître l'état sérologique de la victime directe, prouver la contamination et la transfusion avant 1990, mais également apporter la preuve de sa relation avec la victime directe.

Si l'estimation du nombre de victimes directes (section 4.2.2.1) reste possible, l'estimation du nombre de victimes par ricochet (section 4.2.2.2) ou d'héritiers (section 4.2.2.3) s'avère particulièrement délicate et requiert donc l'utilisation d'hypothèses prudentes.

Concrètement, le schéma suivant illustre les victimes de l'hépatite C susceptibles d'être indemnisées.

Figure 3 : Victimes indemnisables sur base de la proposition de loi du 23 janvier 2009 (DOC52 1754/001)



4.2.2 Estimation du nombre de victimes

Les sous sections suivantes présentent les hypothèses de travail et le modèle actuariel envisagé pour estimer le nombre de victimes (directes, par ricochet ou héritiers) susceptibles d'être indemnisées. Chacune de ces sous sections suivantes est dédié à un type de victime.

Plusieurs remarques doivent être formulées avant de débiter la projection :

- A la différence des victimes du VIH, les victimes de l'hépatite C ne sont pas encadrées par des laboratoires spécialisés de sorte que nous ne sommes pas en mesure d'examiner le nombre de victimes décédées avant 2006, date à laquelle nous avons chiffré le nombre de transfusés infectés (cf. supra).
- La charge financière sera répartie dans le temps avec un poids important accordé les premières années puisque la masse de victimes vivantes vont demander réparation des dommages causés dès l'instauration du Fonds d'indemnisation. Par la suite, ce sont les nouveaux cas – dépistés au cours du déroulé – qui revendiqueront leur droit à l'indemnisation.
- Le modèle actuariel fait intervenir plusieurs variables parmi lesquelles :
 - l'année de survenance – c.-à-d. l'année où se produit le fait générateur ayant causé les dommages ouvrant le droit à l'indemnisation ;
 - l'âge moyen à la contamination;
 - la mortalité des victimes ;
 - la proportion des sujets bénéficiant d'un dépistage;
 - le coût ;
 - la cadence de règlement – c.-à-d la proportion de la charge de sinistres payée au fur et à mesure des années.

- o La date de fin de projection - c.-à-d. l'année où se produit les dernières réclamations.

4.2.2.1 Victimes directes

D'après l'OMS, 0,9% de la population belge serait infectée par le virus de l'hépatite C¹⁶, soit $0,9\% \times 10.500.000^{17} = 94.500$ cas. A titre indicatif, la prévalence des anticorps dans la population française métropolitaine âgée de 18-80 ans se situait entre 0,65 et 1,10¹⁸.

Toutefois, seuls les cas de contamination du virus par transfusion de sang ou de dérivés sanguins entrent dans le champ d'application du dispositif d'indemnisation. D'après la Société Scientifique de Médecine Générale, ce mode de contamination est responsable en Belgique de 20% des infections¹⁹, soit $0,2 \times 94.500 = 18.900$ cas en 2006. Toutes ces victimes sont supposées avoir été atteintes par le virus de l'hépatite C avant 1990 étant donné, qu'au-delà de cette date, le risque de contamination par transfusion est négligeable.

Dans le décours de cette infection aiguë, 20% des sujets éliminent spontanément le virus ; 80% deviennent donc porteurs chroniques ; ce qui porte le nombre de victimes directes potentiellement indemnissables à $0,8 \times 18.900 = 15.120$ cas. Notons que l'estimation réalisée ici repose sur des statistiques de 2006.

Certaines victimes développent une hépatite chronique évolutive (50%^{19h}), nid d'une cirrhose dans +/-20 à 50%²⁰ des cas, soit +/- 1.512 à 3.780 cas ($=15.120 \times 50\% \times 20\%$ à $15.120 \times 50\% \times 50\%$), et dans certains cas d'un cancer du foie dans +/-5 à 15%²¹ des cas, soit +/- 76 à 567 cas ($=15.120 \times 50\% \times 20\% \times 5\%$ à $15.120 \times 50\% \times 50\% \times 15\%$), et ce en 10 à 20 ans.

Tableau 1 : Nombre de victimes directes sans traitement thérapeutique

Stade de l'évolution de la maladie	Nombre de cas
Hépatite chronique	15.120
Cirrhose du foie	1.512 – 3.780
Cancer du foie	76 - 567

Une étude comparable a été lancée en France à l'initiative de l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) en 2004, entre 40.000 et 210.000 (avec une moyenne à 130.000) sujets porteurs d'anticorps contre le virus de l'hépatite C (stade $\geq F2$) auraient été contaminés par une transfusion sanguine avant 1992. Au sein de la population ayant des anticorps anti-VHC (contaminée par transfusion sanguine), la prévalence de l'infection chronique (ARN positif) en France se situe entre 50 et 78 %²². Comme la population française est six fois plus nombreuse que la population belge, le nombre de cas susceptibles d'indemnisation (selon la proposition de loi du 23 janvier 2009 DOC 52 1754/001) s'établirait approximativement entre 14.100 cas ($=130.000 \times 0,65/6$) et 16.250 ($=130.000 \times 0,75/6$). Bien que l'estimation réalisée sur la population belge repose sur des statistiques de 2006 (et non de 2004), elle semble en accord avec les données françaises.

Bien que ce nombre de cas puisse sembler alarmant à première vue, le nombre de victimes souffrant d'une hépatite C chronique diagnostiquées est très largement inférieur. Ceci s'explique par le caractère asymptomatique de la maladie. Il est généralement admis que seulement 20 % des patients savaient qu'ils en étaient atteints au milieu des années 90 et 50% au milieu des années 2000²³.

g Cette hypothèse est communément acceptée par la communauté scientifique.

h Ce stade correspond à un score Metavir F2 ; ce qui est cohérent avec le modèle français.

En outre, l'expérience française montre que le nombre de victimes introduisant une demande d'indemnisation est très largement inférieur au nombre de victimes susceptibles d'obtenir une indemnisation (moins de 2%)²⁴. Les raisons principalement évoquées sont l'ignorance des français sur la possibilité d'un recours, la lourdeur de la procédure et surtout l'impossibilité matérielle de prouver la transfusion en raison d'une part de l'absence, à cette période, de systèmes informatiques performants et d'autre part à la mise à la retraite du personnel de l'époque.

De plus, il ne fait pas état des rémissions possibles liées à l'avènement de nouveaux traitements médicamenteux. Bien qu'il n'existe pas encore de vaccin contre l'hépatite C, un traitement efficace à base d'Interféron pégylé et de ribavirine est disponible en Belgique depuis 2002. Le taux de guérison varie entre 50-80%²⁵ en fonction du génotype du virusⁱ.

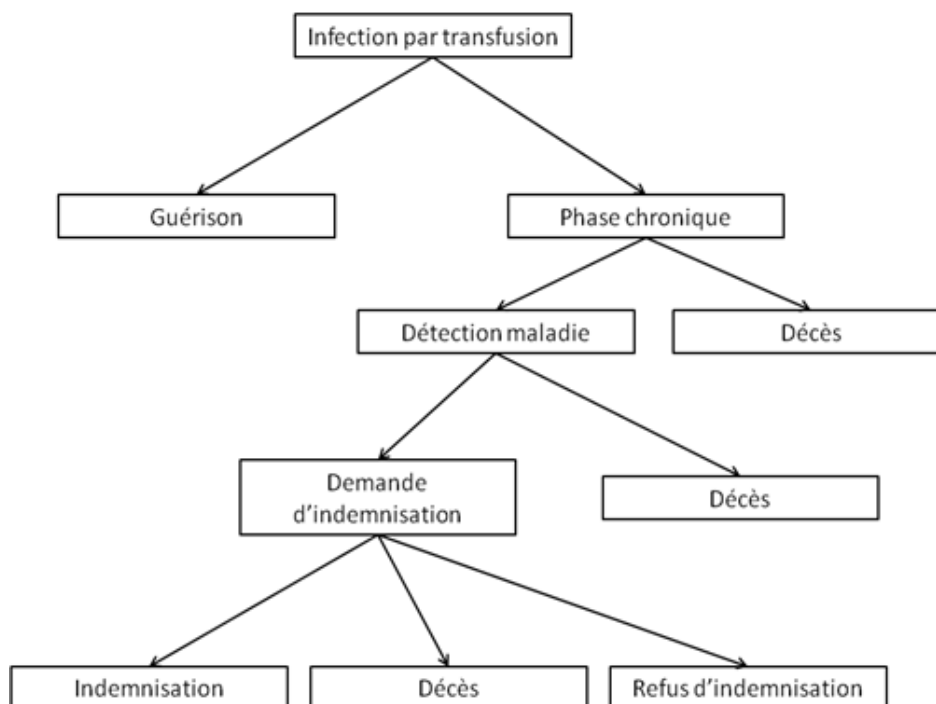
Au vu des trois derniers arguments avancés – c.-à-d. ignorance des victimes sur leur état de santé, nombre restreint de demandes et traitements thérapeutiques – le nombre de demandes d'indemnisation au titre de victimes directes d'une contamination par le VHC en Belgique serait probablement largement inférieur à 15.000.

Remarque : Bien que nous soyons en mesure d'approximer le nombre de victimes directes en vie en 2006, nous ignorons tout de même le nombre de victimes directes décédées entre 1990 et 2006 (voire même avant 1990). Cette donnée peut s'avérer utile pour estimer le montant des indemnités à verser aux victimes par ricochet ou aux héritiers. Il n'existe malheureusement pas de statistiques précises à ce sujet. D'après les statistiques françaises¹⁶, entre 1991 et 2006, près de la moitié des victimes sont décédées mais très peu connaissaient leur séropositivité (et a fortiori leur entourage). Il a dès lors été décidé de restreindre le champ d'application à l'estimation du montant des indemnités à verser à partir de 2010 sur base des données de 2006. Autrement dit, un biais est introduit ici en négligeant les décès antérieurs à 2006.

Le modèle actuariel développé pour les besoins de cette étude fait intervenir différents états de transition exposés dans la figure ci-dessous.

i Dans la suite de cette étude, nous négligeons l'impact bénéfique de ces nouveaux traitements.

Figure 4 : Etats de transition du modèle d'indemnisation des victimes directes



Etant donné que la projection de la charge financière débute en 2010, la première étape du modèle actuariel consiste à évaluer le nombre de victimes d'infections chroniques vivantes en 2010 au départ des 15.120 cas (vivants) estimés en 2006.

Or en 2010, les sujets infectés ont vieilli de 4 ans et certains d'entre eux sont décédés. Cette projection a été réalisée grâce aux hypothèses suivantes:

- Les victimes ont été contaminées en 1990. En réalité, les victimes transfusionnelles de l'hépatite C ont pour la plupart été contaminées avant cette date. Néanmoins, nous ne disposons d'aucunes statistiques belges appropriées. Par conséquent, il a été décidé de retenir l'année 1990 comme étant l'année de survenance moyenne de la contamination. Remarquons que cette hypothèse est conservative.
- La répartition par âge de la population contaminée se base sur une étude du Centre Fédéral d'expertise des Soins de Santé (KCE) publiée en 2005²⁶.

Table I : Distribution par âge de la population transfusée

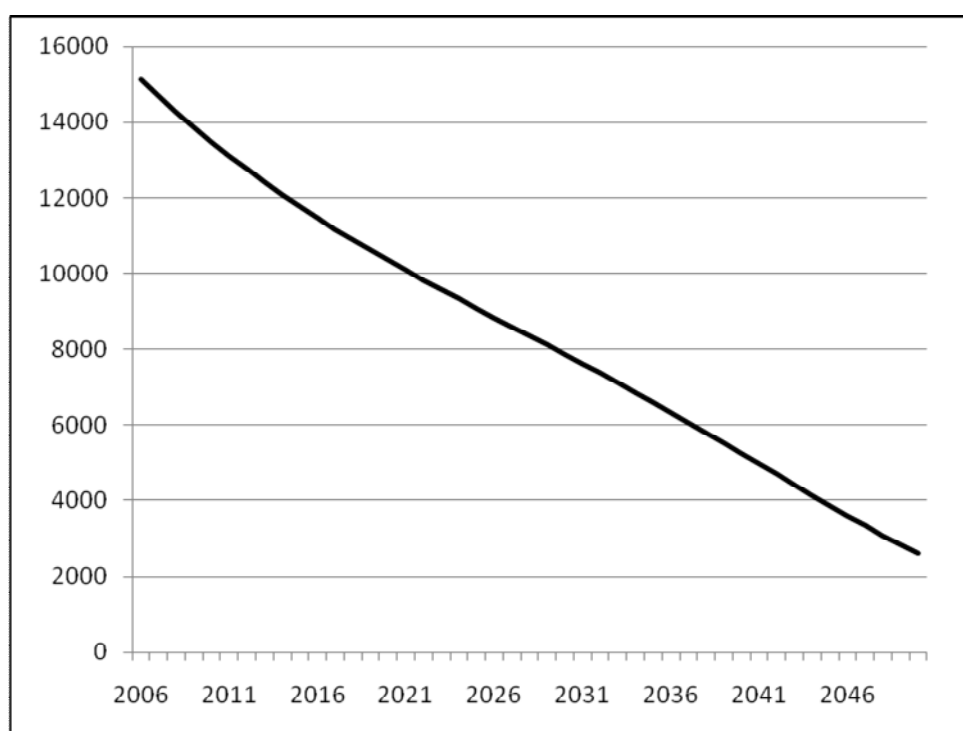
	Hommes	Femmes
<15 ans	3%	2%
15-24 ans	1%	6%
25-34 ans	1%	19%
35-44 ans	2%	5%
45-54 ans	4%	3,5%
55-64 ans	7%	4,5%
65-74 ans	10%	8%
75-84 ans	7,5%	9%
>85 ans	2%	6%
	38%	62%

Cette répartition par âge permet d'approximer l'âge moyen des victimes de la contamination en 1990. Il nous reste à présent à vieillir cette population jusqu'en 2010. Pour ce faire, des tables de mortalité d'époque (INS 1988-1990) sont employées. Nous supposons implicitement que la mortalité des victimes de l'hépatite C est la même que celle de la population générale belge (hypothèse prudente).

La conjonction de ces hypothèses nous amène à présumer, qu'en 2010, la Belgique devrait compter près de 13.477 victimes chroniques de l'hépatite C d'origine transfusionnelle. La figure 5 ci-dessous décrit l'évolution naturelle de cette cohorte au cours du temps.

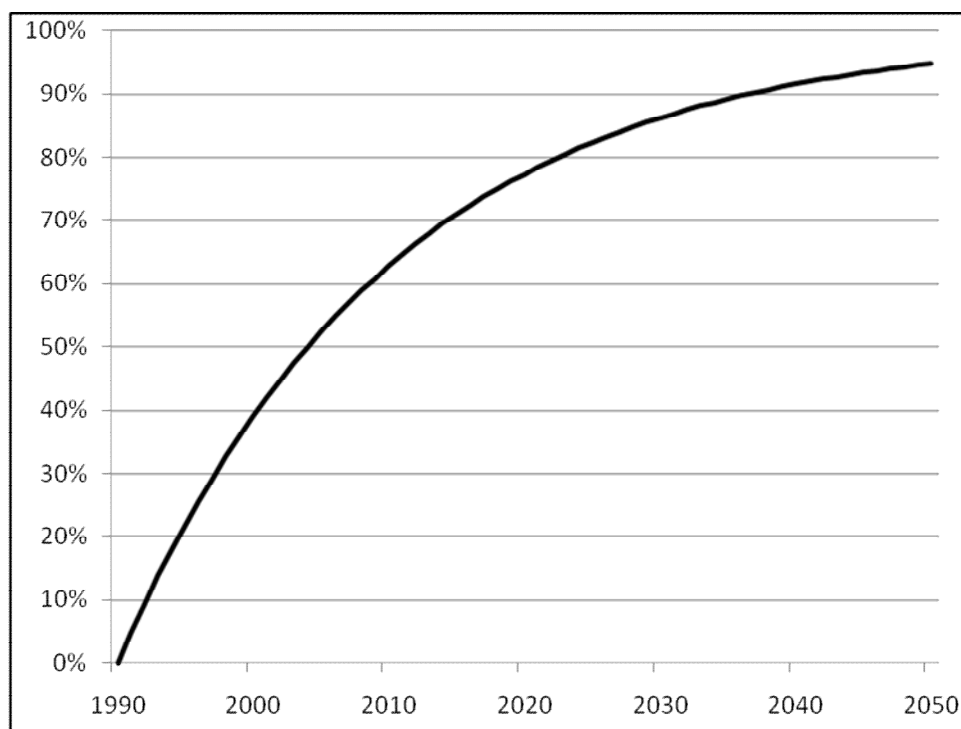
Une demande d'indemnisation ne peut être introduite que dans la mesure où la victime est, tout d'abord, consciente de son état sérologique et est ensuite en mesure de prouver qu'elle a été transfusée/ contaminée en Belgique avant 1990. Les paragraphes suivants justifient les hypothèses prises pour répondre à ces deux conditions.

Fig. 5 Evolution du nombre de victimes chroniques vivantes de l'hépatite C



La proportion de sujets connaissant leur statut sérologique a été extrapolée sur base de trois données connues (0% en 1990, 20% en 1994 et 50% en 2004²³). L'allure de la courbe, représentée dans la figure 6, traduit une augmentation rapide de la proportion en début de période puis un ralentissement progressif. En effet, il est probable que la mise en place d'un système d'indemnisation aura pour conséquence qu'une plus grande partie de la population prendra connaissance de son état de séropositivité (vis-à-vis des anti-corps anti-VHC). Notons que ce phénomène a été observé en France ces dernières années^j.

j En France, ce taux est passé de 28% en 1994 à 65% en 2004.

Figure 6 : Proportion de sujets connaissant leur statut sérologique

Autrement dit, en 2010, on estime que le nombre de victimes diagnostiquées serait de 8.470. Ce chiffre est obtenu en rapportant au nombre de victimes en vie (13.477) à la proportion de victimes diagnostiquées en 2010 (62,85%).

Lorsque les victimes ont été diagnostiquées positives, elles doivent être en mesure de prouver l'origine et la date de la transfusion. L'authentification de l'origine de la transfusion (sur le territoire Belge) est essentielle dans la mesure où une transfusion contaminante d'origine étrangère ne rentre pas dans le champ d'application de la proposition de loi du 23 janvier 2009 DOC 52 1754/001. Dans la suite de notre étude, il a été supposé que toutes ces contaminations se sont produites dans le royaume.

Au sein de la population infectée vivante et consciente de son état sérologique, une faible part va effectivement effectuer une demande d'indemnisation auprès du Fonds. Cette proportion est calibrée sur base de l'expérience française :

1. Moins de 2% des victimes diagnostiquées (en ce y compris les hémophiles) mettent en cause l'EFS – i.e. l'organisme public français précédemment en charge de l'indemnisation des victimes de l'hépatite C. Cette faible proportion résulte de la combinaison de plusieurs éléments tels que : l'ignorance quant à la possibilité de se faire indemniser, le temps nécessaire à l'accomplissement de la procédure d'indemnisation, la difficulté d'authentifier la transfusion/contamination.

Etant donné que les mêmes difficultés pourraient peser sur le système belge (suite à la transposition de la proposition de loi du 23 janvier 2009 DOC 52 1754/001), il a été décidé de fixer cette proportion à 5%. Cette statistique nous semble raisonnable au vu de la difficulté pour les victimes de prouver l'existence d'une transfusion antérieure à 1990.

2. L'EFS a également la charge de la preuve inverse (présomption réfragable). Plus de la moitié des victimes ayant effectué une demande ont vu cette dernière refusée.

Dans la présente étude, nous allons supposer que toutes les victimes ayant introduit une demande se verront indemnisées. L'hypothèse prise ici est donc conservative.

Dès lors, on estime à 424 le nombre de victimes directes susceptibles de déposer un dossier en 2010 ($=8.470 \times 5\% \times 100\%$). D'après les données de l'EFS, le nombre cumulé de demandes d'indemnisation en France devrait plus ou moins atteindre 5.400 en 2010, soit 12 fois supérieur à nos estimations. Toutefois, certaines de ces 5.400 demandes ont été déposées par des victimes décédées aujourd'hui. Or, ces cas ont volontairement été omis dans la présente analyse (cf. remarque). Leur réintégration viendrait (approximativement) doubler le nombre de victimes belges potentiellement indemnisables de sorte que notre évaluation semble cohérente.

Bien que ces 424 demandes pourraient être déposées en 2010, elles ne conduiraient pas à leur règlement immédiat. D'après l'expérience française, le délai nécessaire au règlement de l'indemnisation est de plusieurs années.

La cadence de règlement des litiges sélectionnée s'inspire du rapport scientifique du Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur l'indemnisation des dommages résultant de soins médicaux²⁷.

L'hypothèse sous-jacente est que le temps nécessaire au règlement d'un dommage résultant de soins de santé serait le même que celui nécessaire à la réparation du dommage causé par la contamination par le virus de l'hépatite C. Pour rappel, la durée moyenne de règlement est selon cette cadence de 2,05 ans et s'étale sur 6 ans.

Table 2 : Cadence de développement

Année de déclaration	Année de développement					
	1	2	3	4	5	6
	20%	40%	20%	10%	5%	5%

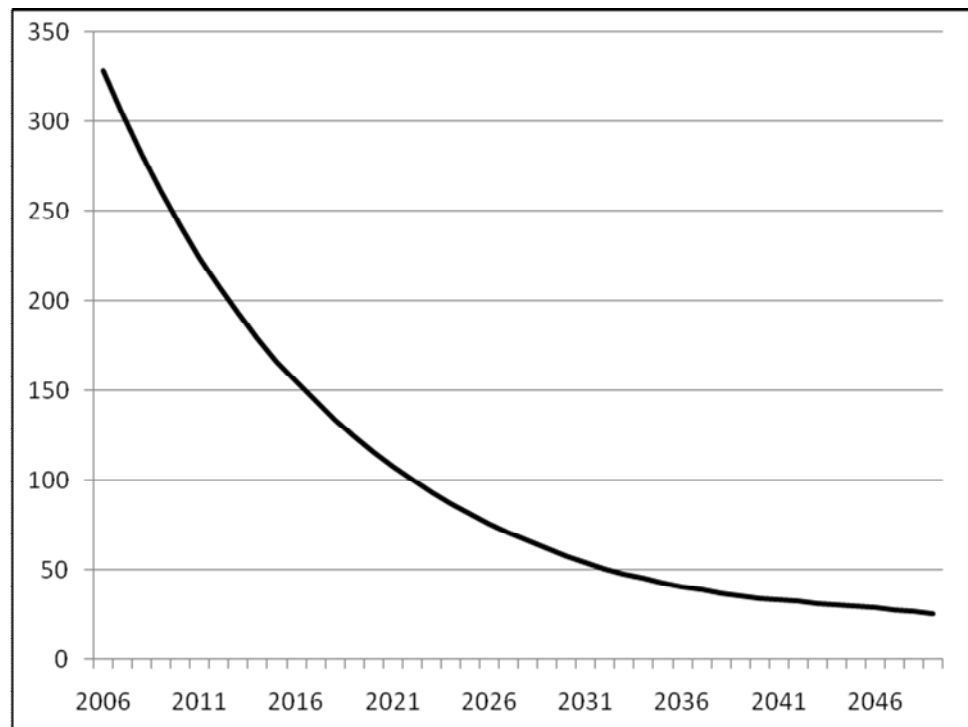
Le nombre de dossiers déposés en 2010 et conduisant à une indemnisation de la victime directe d'une contamination par le virus de l'hépatite C suite à une transfusion sanguine ou à l'administration de dérivés sanguins est présenté dans le tableau suivant :

Table 3 : Nombre de victimes directes indemnisées par année calendaire déclarés en 2010

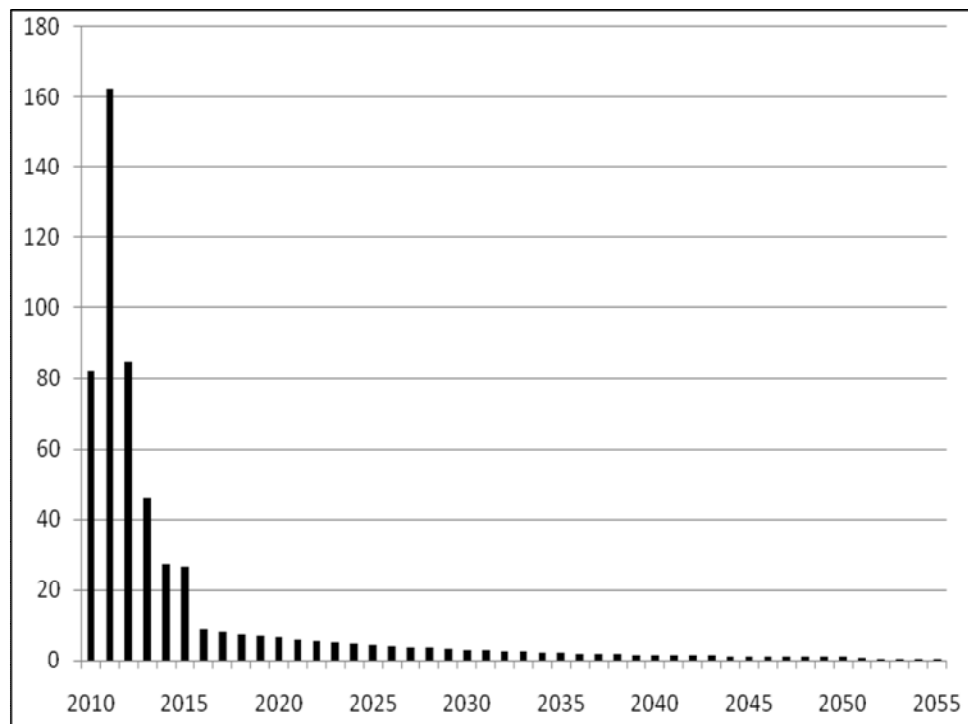
Année de déclaration	Année de développement					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	82	160	78	38	18	18

Remarque : La somme des cas traités déclarés en 2010 diverge des 424 cas initiaux en raison du fait que certaines victimes décèdent au cours de la période de traitement des dossiers. Les victimes directes décédées ne bénéficieraient pas d'une indemnisation. Par contre, leurs héritiers peuvent introduire une demande (cf.infra).

Après avoir traité le flux relatif à l'année 2010, il nous reste à évaluer les nouveaux cas susceptibles d'indemnisation. L'incidence des sujets diagnostiqués après 2010 dépend de deux paramètres : la proportion de sujets bénéficiant d'un dépistage et la mortalité des sujets n'ayant pas pu bénéficier de ce test. La combinaison des deux dernières figures conduit à la figure ci-dessous: il s'agit du nombre annuel de nouvelles victimes ayant connaissance de leur contamination.

Figure 7 : Evolution du nombre de nouveaux cas infectés et dépistés

En appliquant à ces nouveaux cas les hypothèses développées précédemment - c.-à-d. 5% de ces nouveaux cas entament une procédure d'indemnisation, 100% des dossiers introduits obtiennent gain de cause, et une cadence de règlement maintenue tout au long du déroulé, la projection de l'évolution du nombre d'indemnisations conduit à observer une importante charge financière sur les premières années comme peut en attester la figure 8.

Figure 8 : Nombre total de victimes directes indemnisées par année calendaire

Au total, on estime à 549 le nombre de victimes directes qui pourraient bénéficier d'une réparation.

4.2.2.2 Victimes par ricochet

Les personnes contaminées en raison de leur contact avec les victimes directes sont le plus souvent^k :

1. Les partenaires sexuels des victimes directes ;
2. Les enfants des victimes directes ;
3. Les toxicomanes par voie intraveineuse.

L'estimation du nombre de victimes par ricochet est un exercice difficile en raison de l'absence de documentation officielle. Il a été décidé de limiter l'analyse aux contaminations au premier rang, c'est-à-dire les contaminations faisant suite à un contact immédiat avec les victimes directes^l. En outre, afin de pallier le manque d'informations chiffrées, une série d'hypothèses prudentes ont également été posées. Rappelons que pour que la victime par ricochet puisse bénéficier d'une indemnisation, il est indispensable qu'elle connaisse son statut sérologique, démontre la transfusion/contamination de la victime directe et apporte la preuve de sa relation avec la victime directe (et de sa contamination). Par contre, il n'est nullement mentionné dans le texte la nécessité que la victime directe soit toujours en vie pour obtenir réparation conformément à la figure 3.

Dans cette section, nous allons émettre trois hypothèses fortes supplémentaires :

- Les proches contaminés sont au courant de leur état de santé au même rythme que les victimes directes.
- Elles sont en mesure de prouver leur contact avec les victimes directes dans 100% des cas.
- Les victimes directes sont représentatives de la population générale. Il n'y d'ailleurs pas de raison scientifique de postuler le contraire puisque la contamination a eu lieu de manière aléatoire au sein de la population transfusée.

La transmission par voie sexuelle est relativement rare, 1% des cas¹⁶. En supposant que les victimes directes ont eu des rapports sexuels avec 5 partenaires différents, le nombre de victimes par ricochet d'origine sexuelle susceptibles de demander une indemnisation en 2010 serait de 472 ($=1\% \times 5 \times 100\% \times 9.447$). Rappelons que seuls 5% d'entre eux pourrait espérer obtenir réparation selon nos hypothèses.

La transmission mère-enfants pendant la grossesse est également un phénomène de faible ampleur (5% de transmission)²⁹. En postulant que 60% des victimes directes soient des femmes et que 40% d'entre elles soient ou seraient en âge de procréer 1,7 enfants en moyenne, le nombre de victimes par ricochet susceptibles de déposer une requête auprès du Fonds avoisinerait les 193 cas ($=5\% \times 60\% \times 40\% \times 1,7 \times 9.447$). Parmi ces derniers, à nouveau, 5% seraient en mesure de prouver leurs allégations.

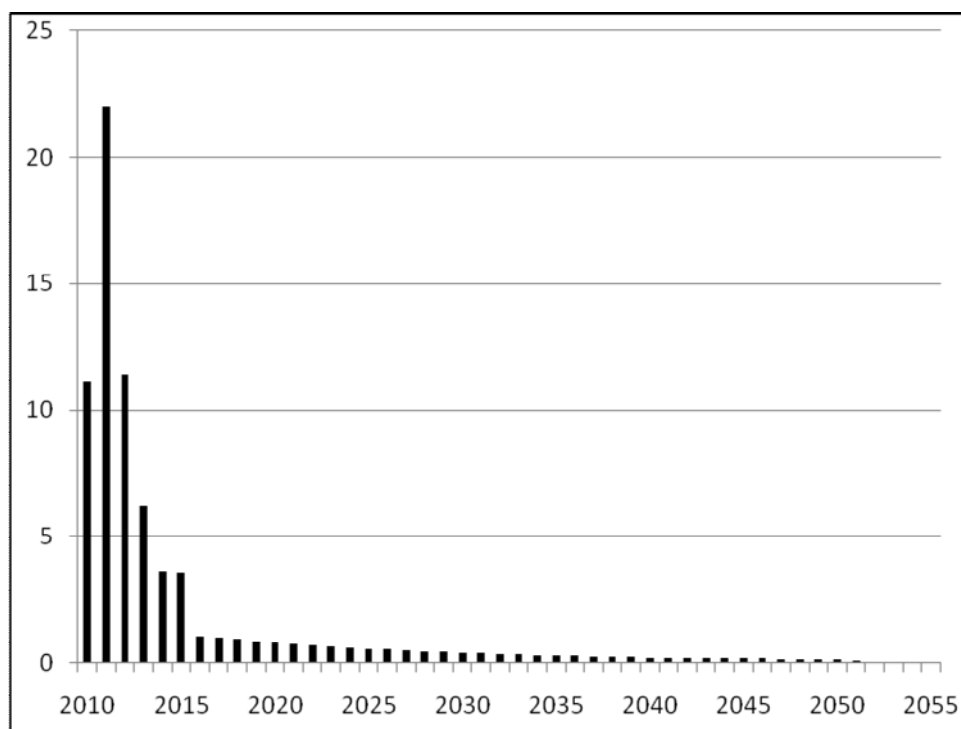
L'indemnisation des toxicomanes par voie intraveineuse contaminés en raison d'un contact avec les victimes directes est une question sociétale sensible à laquelle il appartient au gouvernement de répondre. De manière prudente, ces victimes par ricochet ont, malgré tout, été prises en compte dans cette analyse économique. On estime que plus ou moins 1% de la population contaminée est toxicomane par voie veineuse. D'après une étude publiée en 2003 par l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 0,42% de la population belge serait droguée par voie intraveineuse²⁸. En outre, il a été décidé de postuler que chaque toxicomane est susceptible de transmettre le virus à 5 nouvelles victimes (1^{er} rang) lors d'un partage du matériel utilisé pour préparer la drogue. D'après l'estimation réalisée à la section précédente, 8.470 victimes directes dépistées sont vivantes en 2010 et 977 victimes

k D'autres modes de contamination plus rare pourraient également être traités tels que la transmission du VHC par endoscopie.

l Cf. supra

directes dépistées sont décédées entre 2006 et 2010. Par conséquent, le nombre de victimes par ricochet toxicomanes susceptibles d'introduire une demande s'élèverait à 472 ($=1\% \times 5 \times 100\% \times 9.447$). Or, d'après les hypothèses retenues précédemment, seulement 24 dossiers obtiendraient gain de cause, soit 5% de 472. Ces 24 victimes par ricochet introduiraient leurs demandes d'indemnisation en 2010 mais elles ne seraient complètement réglées qu'en 2015.

Figure 9 : Nombre de victimes par ricochet indemnisées par année calendaire



Pour les années postérieures à 2010, l'évolution du nombre de victimes par ricochet dépend pour l'essentiel de la croissance du taux de dépistage. Néanmoins, le gros de l'indemnisation serait introduit en 2010 (et définitivement réglé en 2015) comme en atteste la figure 9 ci-dessus.

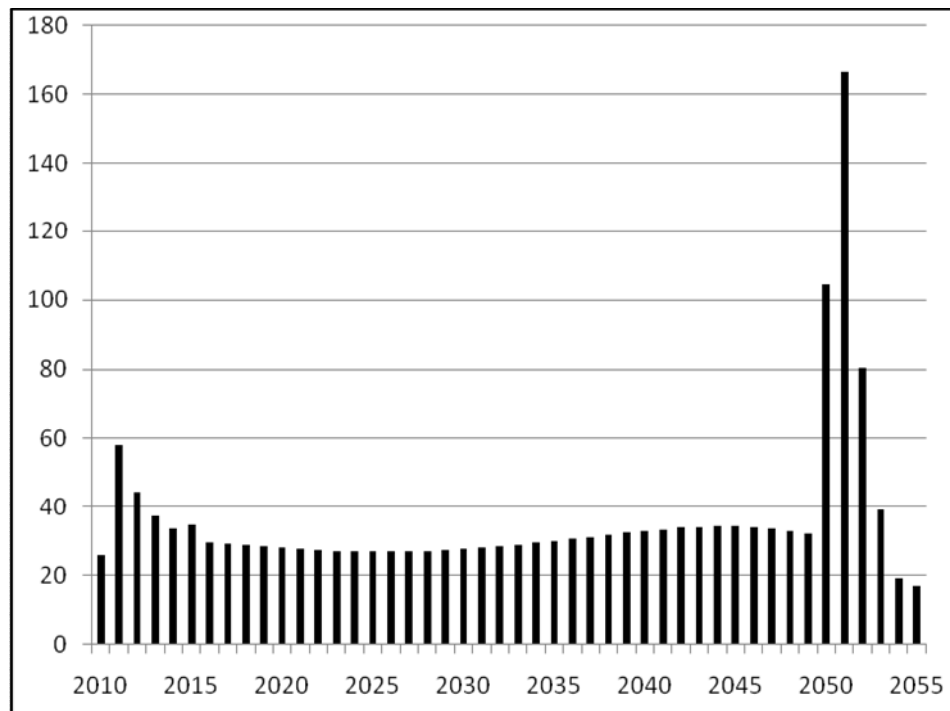
Au total, 73 demandes d'indemnisation de victimes par ricochet aboutiraient d'ici 2050.

4.2.2.3 Héritiers

Les héritiers des victimes directes ne sont pas clairement identifiés dans la proposition de loi de sorte que nous avons supposé qu'il s'agissait de l'époux(se) non séparé(e) de fait ou le cohabitant légal qui vivait avec la victime au moment de son décès ainsi que du (des) enfant(s) de la victime.

Une moyenne de 2,7 héritiers par victime directe semble raisonnable si l'on considère que chaque victime directe laisse derrière un(e) conjoint(e) et 1,7 enfants (moyenne nationale par ménage). De même que pour les victimes par ricochet, les héritiers ne peuvent invoquer un préjudice successoral que dans la mesure où ils peuvent prouver que le parent décédé était une victime directe au sens de la proposition de loi, c.-à-d. 5% des cas. Une fois cette preuve apportée, le lien entre la victime et les héritiers est relativement immédiat, c'est pourquoi nous postulons que tous les héritiers des victimes directes bénéficieront d'un dédommagement. In fine, l'évolution du nombre d'héritiers des victimes directes décédées est reprise dans la figure ci-dessous.

Figure 10 : Nombre d'héritiers des victimes directes indemnisés par année calendaire



Remarque : L'allure particulière de cette évolution (dans sa première phase) s'explique essentiellement par le vieillissement des victimes directes. Ensuite, le saut observé révèle une indemnisation massive des héritiers en raison de la fixation arbitraire d'une année de fin de projection (2050). Concrètement, cela signifierait que la cohorte de victimes directes dépistées toujours en vie au terme de l'année 2049 décéderait subitement. Les héritiers de ces victimes pourraient alors introduire une demande d'indemnisation.

Au total, 1 689 héritiers seraient amenés à bénéficier d'une indemnité pour préjudice successoral.

4.2.3 Charge financière

La proposition de loi retenue dans le cadre de cette estimation prévoit d'accorder une indemnisation forfaitaire calquée sur celle proposée jadis aux victimes du VIH par la voie de la feu ASBL AAPS. Le choix de ce mode de réparation a largement été débattu et critiqué au sein du chapitre précédent consacré à l'analyse juridique.

Le montant destiné aux victimes du VIH s'élevait 124.000€ pour les victimes, 62.000€ pour les cohabitant(e)/époux (se) et 6.200€ pour les père, mère et enfant(s) des victimes. La proposition de loi DOC 52 1754/001 ne précise pas le montant de l'indemnité à allouer aux victimes directes, aux victimes par ricochet et aux héritiers. Cette dernière va même plus loin en précisant que le montant alloué devrait s'inspirer « de ceux alloués aux victimes du VIH, en tenant compte du nombre de victimes et des moyens alloués au fonds ». Force est de constater que vu le nombre relativement élevé de victimes transfusionnelles du VHC (par rapport au nombre de victimes transfusionnelles du VIH) une indemnité forfaitaire unique de 124.000€ aurait de fortes incidences budgétaires.

Il nous semble raisonnable de fixer des montants plus faibles d'indemnités à verser aux victimes directes, aux victimes par ricochet et aux héritiers. Les montants en question s'élèveraient respectivement à 50.000€, 50.000€ et 2.500€.

Ces montants sont clairement inférieurs à ceux obtenus par les victimes du VIH mais sont cohérents avec les informations obtenues de l'ONIAM. En effet, ces derniers estiment qu'en moyenne le montant de l'indemnité d'une victime du VHC est cinq fois plus faible de que celui octroyé à une victime du VIH. Notons toutefois que le modèle français prévoit d'indemniser intégralement les victimes des dommages subis.

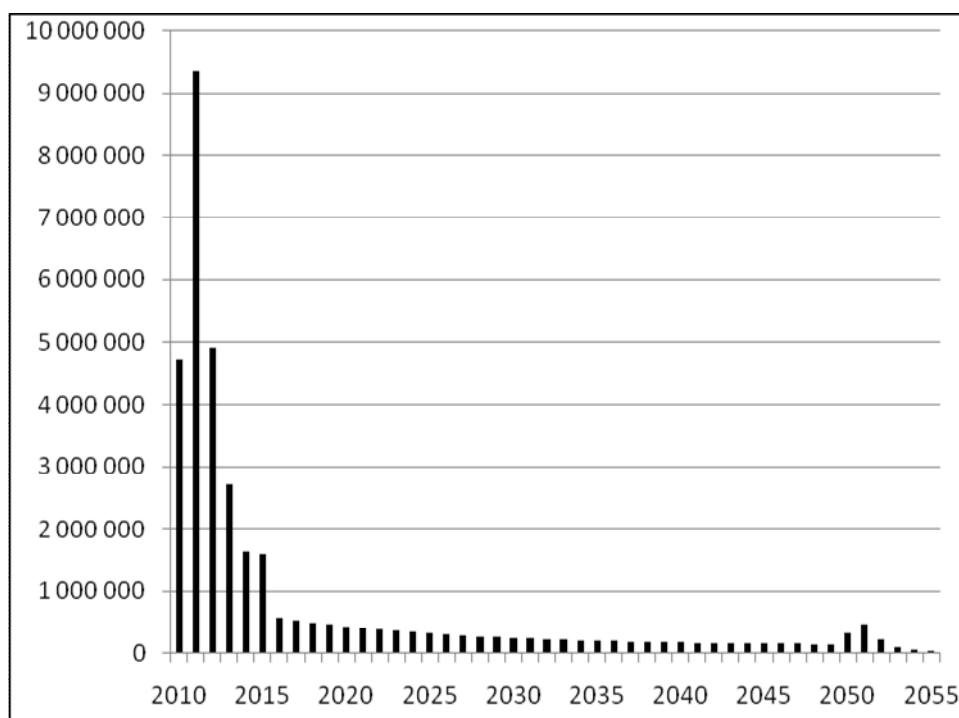
L'indemnisation prévue pour les victimes par ricochet s'aligne sur celle destinée aux victimes directes. Cette hypothèse est motivée non seulement par le caractère accidentel de la contamination mais également par la détérioration de leur état de santé (au même titre que les victimes directes).

En ce qui concerne les héritiers, le préjudice successoral représente 5% du montant de l'indemnisation allouée aux victimes directes. Le montant du préjudice successoral est en adéquation avec celui prévu pour les héritiers des victimes du VIH (=6.200/124.000).

Sur base de l'ensemble des hypothèses (prudentes) présentées dans cette section et dans la précédente, l'impact budgétaire de la transposition de la proposition DOC 52 1754/001 s'élèverait d'après nos hypothèses/limitations à 28.781.811 €^m. Ce montant a été obtenu en actualisant les décaissements futurs.

L'évolution de la charge financière est présentée dans le graphique ci-dessous.

Figure 11 : Evolution de la charge financière relative à la proposition de loi du 23 janvier 2009 DOC 52 1754/001



Remarque : Si d'aventure le montant de l'indemnité forfaitaire était fixé respectivement à 124.000€, pour les victimes directes et les victimes par ricochet, et à 6.200€, pour les héritiers (montant forfaitaire semblable à celui obtenu pour les victimes du VIH entre 1985 et 1986). La charge financière s'élèverait 71,4 millions € (au lieu des 30 millions € prévu initialement).

^m Le taux d'actualisation est fixé à 3%.

Message clé

- La proposition de loi retenue pour cette étude est la **DOC 52 1754/001**.
- L'impact budgétaire de cette proposition serait non négligeable (+/- 30 millions d'euros).
- Une charge supplémentaire de 40 millions d'euros serait à prévoir si les montants des indemnités aux victimes de l'hépatite C correspondait à ceux obtenus par les victimes du VIH.
- Toutefois, cette estimation ponctuelle est fondée sur de nombreuses hypothèses et limitations de sorte qu'elle doit être prise avec une certaine précaution.
- Le montant estimé ici ne prend pas en considération les victimes transfusionnelles de l'hépatite C contaminées avant 1990 qui seraient décédées avant 2006.

4.3 LA PROPOSITION DE LOI DU 14 DÉCEMBRE 2009

4.3.1 Champ d'application

La proposition de loi du 14 décembre 2009 DOC52 2327/001 vise à indemniser :

"Les victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite consécutive à l'administration de dérivés sanguins ou de manipulations instrumentales sur le territoire belge".

On ne fait nullement mention d'une date pivot (alors que la proposition précédente mentionne la date du 1^{er} juillet 1990). La suppression de cette date pivot permet d'indemniser les victimes ayant été contaminées après 1990 et par conséquent a pour effet d'augmenter la charge financière. Toutefois, le nombre de cas supplémentaires engendré par l'absence de date pivot est selon les spécialistes marginal par rapport au nombre de contaminations avant 1990.

La proposition de loi n'énumère pas non plus de manière précise les stades de la maladie pour lesquels une intervention financière est envisagée à la différence de la proposition de loi du 23 janvier 2009 DOC 52 1754/001 traitée dans la section précédente. En outre, le champ d'application s'étend également aux autres formes d'hépatites transmissibles par voie sanguine (B, C et G pour l'essentiel). Tous ces éléments amènent à conclure à un élargissement clair du nombre de demandes d'indemnisation.

4.3.2 Estimation du nombre de victimes

Lorsque les premières études belges de prévalence sur le virus VHB furent menées chez des donneurs de sang en 1993-1994, il en était ressorti que 0,7% de la population belge était porteuse d'hépatite Bⁿ. Ce chiffre a été confirmé lors d'une étude plus récente menée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé³⁰.

Bien que l'administration de dérivés sanguins soit l'un des modes de transmission privilégiés de l'hépatite B (surtout avant 1970), aucune statistique objectivable n'a été publiée. L'absence de statistiques a été confirmée par plusieurs instances publiques telles que l'Institut Scientifique de Santé Publique, l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé ou Centre fédéral d'expertise des soins de santé^o.

Il a donc été décidé de ne pas considérer l'indemnisation des victimes de l'hépatite B dans le cadre de cette étude. Deux méthodes d'estimation avaient pourtant été envisagées : d'une part, sur base d'une enquête de l'incidence^p des nouveaux cas de sujets séropositifs (ex. 250.000 transfusions de sang/an avec séroprévalence de x% sur une période courant de 1950-1970) et, d'autre part, sur base d'une enquête de prévalence^q.

Néanmoins, on peut raisonnablement s'attendre à ce que, le nombre de cas susceptibles d'indemnisation soit inférieur à ceux évalués pour l'hépatite C pour trois raisons majeures :

1. la systématisation précoce des tests de dépistage du VHB dans le sang (1970);
2. l'introduction de vaccins au début des années 80 ;
3. le faible nombre de victimes d'hépatite B chronique d'origine belge^r.

4.3.3 Charge financière

Outre l'impossibilité d'évaluer le nombre de cas susceptibles de bénéficier d'une indemnisation telle que prévue dans la proposition de loi du 14 décembre 2009, le mode d'indemnisation amène également certaines incertitudes. En effet, les auteurs de la proposition privilégient la réparation intégrale des dommages subis (réparation indemnitaire). Ce mode de réparation étant difficile à estimer en l'absence de cas de jurisprudence, il a dès lors été décidé de ne pas s'aventurer dans un calcul d'impact budgétaire pour cette proposition.

n Notons toutefois que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé émet certaines réserves sur l'exactitude de ce résultat et estime pour sa part que ce dernier est sous-estimé.

o D'après les données françaises, le nombre de victimes d'hépatite B chronique se situerait entre 188 et 231 par an. A l'échelle belge, cela représenterait près de 35 cas.

p L'incidence est le nombre de nouveaux cas de maladie survenant pendant une période donnée, généralement une année.

q La prévalence indique le nombre de cas de maladie dans une population donnée sans distinguer les anciens des nouveaux cas.

r Dans sa dernière étude, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé renseigne que la plupart des victimes d'hépatites B chroniques sont nées et ont été contaminées à l'étranger – transmission mère/enfant - mais vivent actuellement en Belgique.

4.4 LA PROPOSITION DE LOI DU 8 FEVRIER 2010

4.4.1 Champ d'application

La proposition de loi du 8 février 2010 vise à indemniser les victimes directes de l'hépatite C, les victimes par ricochet ainsi que les ayants droit des victimes directes. Il s'agit là d'un élargissement du champ d'application de la loi du 31 mars 2010 semblable à celui présenté dans la proposition de loi du 23 janvier 2009 DOC 52 1754/001.

Cette proposition de loi prévoit également d'insérer les victimes de la thalidomide dans le champ d'application de la loi du 31 mars 2010. Cet insert n'est pas couvert dans la présente étude.

4.4.2 Estimation du nombre de victimes

L'estimation du nombre de victimes susceptibles d'obtenir une réparation est identique à celle réalisée au chapitre 4.2.2 puisqu'elle vise le même champ d'application, sous réserve :

- que les termes « ayant droit » et « héritier » partagent la même signification
- que les ayants droit ne bénéficient de ce droit qu'en cas de décès de la victime directe.

4.4.3 Charge financière

Etant donné que la proposition de loi du 8 février 2010 prévoit une indemnisation intégrale du dommage et que les cas d'indemnisation des victimes de l'hépatite C sont rares dans la jurisprudence belge, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer l'impact budgétaire de cette dernière.

4.5 LA PROPOSITION DE LOI DU 21 FÉVRIER 2008

4.5.1 Champ d'application

Cette proposition ne concerne

"Toute victime de la contamination du VIH suite à une transfusion sanguine ou l'administration de produits sanguins sur le territoire de l'Etat belge avant le 1er août 1985".

Par opposition au VHC, aucune indication précise sur le stade clinique de la maladie n'est apportée dans cette proposition.

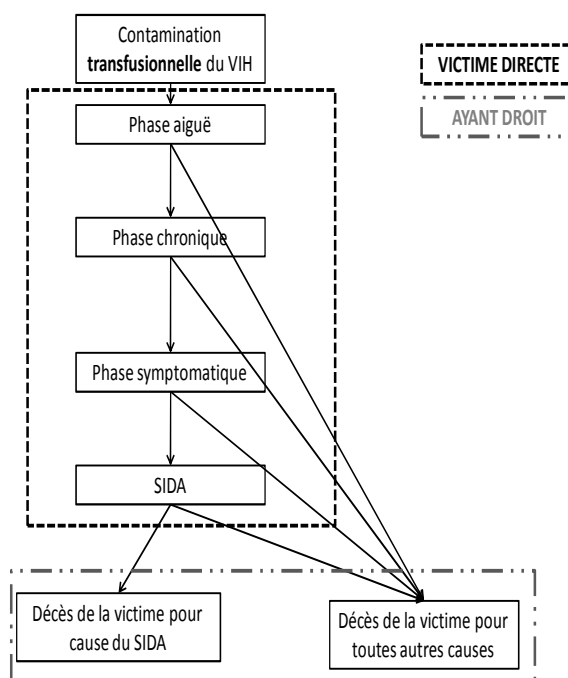
En outre, en cas de décès de la victime directe, les époux(ses) non séparé(e)s de fait ou cohabitants légaux qui vivaient avec la victime au moment de son décès et les père, mère et enfant(s) de ces personnes peuvent être indemnisés.

Les critères retenus par la proposition de loi pour les victimes directes sont les suivants:

1. La contamination par le VIH doit avoir eu lieu par transfusion de sang ou par administration de produits sanguins.
2. La transfusion doit avoir été pratiquée avant le 1er août 1985.
3. La transfusion doit avoir eu lieu sur le territoire de l'Etat belge.

En ce qui concerne les autres catégories de victimes, il convient d'apporter, outre les trois points précédents, la preuve de la situation familiale ou d'un lien de filiation au moment du décès de la victime *directe*. Le schéma ci-dessous illustre le champ d'application des victimes du VIH susceptibles d'être indemnisées conformément à la proposition de loi du 21 février 2008 DOC 52 0861/001.

Figure 12 : Champ d'application de la proposition de loi du 21 février 2008 DOC52 0861/001



Nous devons donc distinguer dans cette analyse le nombre de victimes vivantes qui peuvent prétendre à une indemnité, des victimes décédées pour lesquelles seuls les héritiers peuvent prétendre à ce droit. Notons toutefois qu'au décès des victimes (encore vivantes aujourd'hui), les héritiers seraient également en droit d'obtenir une indemnité.

L'article 4 de la proposition de loi du 21 février 2008 DOC 52 0861/001 propose une indemnisation sous la forme d'un forfait unique dont les montants sont identiques en tout point à ceux précédemment versés par l'ASBL AAPS.

4.5.2 Estimation du nombre de victimes

A 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 SIDA reconnus par le SPF Santé Publique. Ces laboratoires réalisent les tests de confirmation sur les sérums trouvés positifs lors d'un test de dépistage. Outre, leur rôle de contrôleur, ces laboratoires s'efforcent de récolter les données épidémiologiques du patient.

Ensuite, ces données sont validées, analysées et publiées par la Section Epidémiologie de l'Institut scientifique de Santé Publique (ISP). En outre, tous les semestres, l'ISP dresse un constat de la situation épidémiologique du VIH/SIDA en Belgique et en Europe. Par conséquent, bon nombre d'informations sont disponibles et peuvent être employées dans le cadre de cette étude.

Cette section étudie le nombre de victimes vivantes et décédées du VIH contaminées par une transfusion sanguine ou par l'administration de produits sanguins sur le territoire de l'Etat belge avant le 1^{er} août 1985.

4.5.2.1 Victimes directes

Selon le dernier rapport semestriel de l'Institut scientifique de Santé Publique (ISP)⁵, le nombre de personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH ayant été transfusées en Belgique avant le 1^{er} août 1985 serait de 43.

⁵ Ces chiffres ont été communiqués par l'Institut scientifique de la Santé Publique en date du 20 avril 2010.

Toutefois, l'ISP insiste sur le fait que ces 43 contaminations par le VIH ne sont pas nécessairement secondaires à une transfusion. En effet, ces patients ont mentionné avoir été transfusés mais rien ne peut garantir qu'ils ont réellement été contaminés par cette voie. Par exemple, 38 mentionnent avoir eu des rapports hétérosexuels/homosexuels. Il se pourrait dès lors qu'une partie de ces 43 victimes aient été contaminées par voie sexuelle. Cependant, il a été décidé de fixer à 43 le nombre de victimes d'origine transfusionnelle.

Outre ces 43 victimes transfusionnelles probables, le champ d'application de la proposition de loi vise également les hémophiles dans la mesure où des produits sanguins leur ont été administrés. L'ISP relate 41 cas de transmission par cette voie. Cependant, il est très difficile d'évaluer avec exactitude, d'une part, la date de chacune des contaminations et d'autre part, le lieu de la contamination (Belgique ou étranger). Deux hypothèses conservatrices sont donc posées :

1. L'ensemble des transmissions par absorption de produits sanguins se sont déroulées avant le 1^{er} août 1985.
2. Seules les victimes de nationalité belge sont supposées avoir été contaminées sur le territoire belge.

La première hypothèse ne permet pas d'élaguer la base de données initiale. Par contre, la seconde hypothèse restreint le nombre de cas indemnisables à 25 ; ce qui porte le nombre total de victimes de la contamination par le VIH susceptibles de bénéficier d'une indemnisation au titre de dommages résultant des soins de santé à 68 (=43+25).

Cependant, une différence de traitement doit être faite entre les victimes vivantes et les victimes décédées. En effet, pour pouvoir bénéficier de l'indemnité forfaitaire la plus élevée prévue dans la proposition de loi - c.-à-d. 124.000€, les victimes doivent être vivantes. Les victimes décédées perdent évidemment ce droit. La charge financière totale (victimes directes et héritiers) à supporter sera donc d'autant plus conséquente que le nombre de victimes vivantes sera important.

Or, la situation épidémiologique de ces 68 victimes n'est a priori pas connue avec certitude de sorte qu'il est présumé dans la suite de cette étude que 60% de ces dernières sont toujours en vie et 40% sont décédées. Cette répartition s'inspire des demandes d'indemnisation déposées auprès de l'ASBL AAPS entre 2001 et 2005. L'hypothèse semble conservatrice à double titre :

1. Les victimes ont été contaminées antérieurement à celles indemnisées par l'ASBL.
2. Les victimes sont en moyenne 7 ans plus âgées que si elles avaient été indemnisées en 2003 (année moyenne d'indemnisation par l'ASBL).

Certaines statistiques non vérifiées fournies par l'ISP feraient plutôt état d'une clé de répartition 20%/80% (vivant/décès). Supposer que 60% de la population contaminée par le virus VIH suite à un accident transfusionnel ou à l'administration de produits sanguins soit en vie, semble être une conjecture prudente.

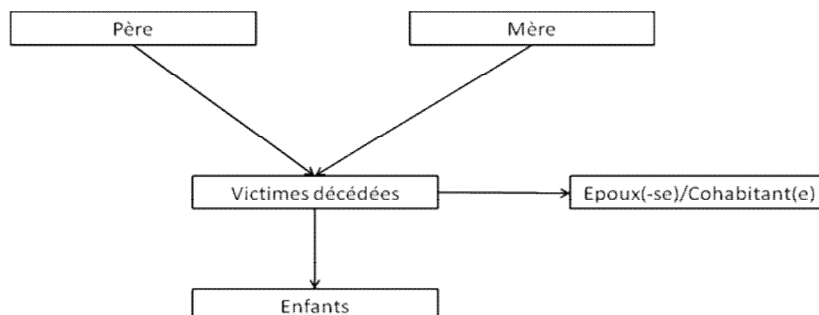
En somme sur 68 victimes potentiellement indemnisables (d'après nos estimations), 27 seraient décédées et 41 seraient vivantes.

t Cette hypothèse ne signifie en aucun cas qu'une victime étrangère ayant été contaminée dans le royaume avant 1985 ne pourrait pas bénéficier d'une indemnisation liée à sa contamination.

4.5.2.2 Héritiers

En cas de décès d'une personne contaminée, certains héritiers peuvent être indemnisés. Ces derniers sont représentés dans la figure suivante.

Figure 13 : Ayant droit d'une victime décédée du VIH



Chacun d'eux peut réclamer une indemnité pour autant qu'il puisse prouver son lien avec la victime. En considérant que chacune des victimes directes décédées avait 2 parents (1 père et 1 mère), 1 époux(-se) ou cohabitant(e) légal(e) et 1 enfant (toujours en vie) lors de l'introduction de la demande d'indemnisation. Le nombre d'héritiers à indemniser au sens de la proposition de loi du 21 février 2008 DOC52 0861/001 serait de 108 (=4x 27).

Cette estimation semble être prudente au regard des informations collectées auprès de l'ASBL AAPS puisque ce dernier fait état d'un ratio héritiers/victime décédée de 2,1 par rapport aux 4 avancés dans cette étude.

4.5.3 Charge financière

La charge financière relative à l'indemnisation des victimes directes vivantes est évaluée à 5.084.000, soit 41 x 124.000€.

La charge financière relative à l'indemnisation du préjudice successoral des conjoints est, quant à elle, estimée à 1.674.000€, soit 27 x 1 x 62.000€.

La charge financière relative à l'indemnisation du préjudice successoral aux parents et enfants est appréciée à 502.200€, soit 27 x 3 x 6.200€.

Toutefois, à ces montants, il convient de rajouter (et de manière anticipative) le montant à allouer aux héritiers des victimes encore vivantes mais qui un jour décèderont. Le montant en question s'élèverait à 3.304.600€, soit 41 x 1 x 62.000 €+ 41 x 3 x 6.200€. Ce montant devrait réellement être décaissé dans le futur en fonction de l'espérance de vie des victimes toujours vivantes. Etant donné l'incapacité d'évaluer cette dernière, l'hypothèse est faite que la charge est supportée directement.

L'impact budgétaire total de la transposition de la proposition de loi DOC 52 0861/001 dans la loi sur les dommages résultant de soins de santé est estimé à 10.564.800€. Notons toutefois que ce montant est très certainement surestimé en raison des hypothèses prudentes réalisées au cours de cette étude. En effet, sur base d'un rapport 20%/80%, l'impact budgétaire serait réduit de 30%.

Message clé

- **L'impact budgétaire de cette proposition serait de +/- 10,5 millions d'euros.**
- **Cette estimation semble prudente compte tenu des hypothèses posées**

5 CONCLUSIONS

Cette étude avait pour objectif de d'analyser/commenter quatre propositions de loi et d'évaluer leur impact budgétaire. Des réponses ont été apportées essentiellement à trois questions :

1. Le législateur est-il parvenu à éliminer les discriminations qui pouvaient exister d'une part entre les victimes transfusionnelles et les victimes d'aléas thérapeutiques et d'autre part entre les victimes transfusionnelles elles-mêmes ?

L'adoption de n'importe laquelle de ces propositions de loi mènerait inévitablement à créer des discriminations non seulement entre les victimes transfusionnelles et les victimes d'aléas thérapeutiques mais également entre victimes transfusionnelles. A titre d'exemple, nous pouvons citer les discriminations suivantes :

- Certaines victimes transfusionnelles pourraient obtenir une réparation de leurs dommages alors que toutes les personnes ayant subi un aléa thérapeutique avant l'entrée en vigueur de la loi du 31 mars 2010 ne le pourraient pas.
- Seules les victimes transfusionnelles de l'hépatite et du VIH sont explicitement visées par les propositions de loi alors que d'autres pathologies ont pu être véhiculées par le sang telles que le paludisme.
- Les victimes contaminées par transfusion après 1985 (pour le VIH) et après 1990 (pour le VHC) ne sont pas visées par ces propositions.
- La différence de traitement dans le mode de réparation des dommages subis entre les victimes du VIH et celles de l'hépatite C.

2. La loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé est-elle le bon instrument juridique adéquat pour la réparation des victimes atteintes de l'hépatite C ?

Il ne nous semble pas que cette loi soit l'instrument juridique idéal pour la réparation des victimes transfusionnelles. En effet, pour que les victimes transfusionnelles puissent bénéficier d'une indemnisation selon la loi du 31 mars, il conviendrait de déroger aux articles 12 §3 et 35. Accorder cette dérogation aux seules victimes de l'hépatite C entraînerait à notre sens un risque important de recours devant la Cour constitutionnelle dans la mesure où les victimes d'aléas thérapeutiques en tout genre dont le dommage résulte d'un fait antérieur à la date de promulgation ne pourraient pas bénéficier d'une quelconque indemnité au sens de la loi du 31 mars 2010. 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 selon nous être justifié de manière objective.

3. L'introduction de ces propositions de loi modifie-t-elle de manière substantielle l'enveloppe budgétaire initialement prévue ?

L'enveloppe devrait être augmentée d'au moins 30 millions d'euros pour indemniser les victimes d'une hépatite et d'environ 10 millions d'euros pour les victimes du SIDA.

La question de l'impact budgétaire suscite cependant de nombreuses remarques. Tout d'abord, la charge financière dépend de la proposition de loi étudiée (définition du champ d'application, du mode de réparation, etc.). Ensuite, selon les sources consultées, les statistiques peuvent énormément varier ce qui implique que les estimations fournies ici doivent être prises avec une certaine précaution. Enfin, modéliser l'impact budgétaire du risque transfusionnel s'avère délicat en l'absence de statistiques belges. Dès lors, les auteurs se sont inspirés à plusieurs reprises des résultats français (renseignés par l'EFS) ou, lorsque ceux-ci n'étaient pas disponibles, ont adopté des hypothèses de travail qu'ils leur semblaient raisonnables.

6 REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé, Aide-mémoire n°164 relatif à l'hépatite C, octobre 2000.
2. Organisation mondiale de la Santé, HIV treatment access reaches over 1 million in sub-Saharan Africa, WHO reports. 2006.
3. Institut de la Santé Publique, Epidémiologie du SIDA et de l'infection VIH en Belgique, rapport annuel, 2008.
4. Hahn BH, Shaw GM, De Cock KM, Sharp P M, AIDS as a zoonosis: scientific and public health implications. Science, 2000.
5. Organisation mondiale de la Santé, Relevé épidémiologique hebdomadaire, 1994.
6. Organisation mondiale de la Santé, Informations générales sur la tuberculose et le VIH, 2005.
7. Chambre des représentants, Doc 52 n° 2240/004.
8. Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, M.B., 2 avril ; 2010, p. 19913.
9. Chambre des représentants, Doc 52 n°1754/001
10. Chambre des représentants, Doc 52 n°2327/001
11. Chambre des représentants, Doc n°52 0861/001
12. Chambre des représentants, Doc 52 2327/002.
13. Ter Heerdt, J., Rev. dr. santé, 1999-00, 57, Gand 24 avril 1998 note.
14. Loi du 23 novembre 1998 instaurant la cohabitation légale, M.B., 12 janvier 1999, p. 786.
15. Van Gysel A.-C., Précis de Droit familial, Bruylant, Bruxelles, 2004.
16. Organisation Mondiale de la Santé, Hepatitis C – global prevalence (update) Weekly Epidemiological Record, 74, 2004.
17. SPF Economie direction générale statistique et information économique, Population et ménage – Population totale et belge, 2006.
18. Institut de Veille Sanitaire, Prévalence des hépatites B et C, 2007.
19. Société Scientifique de Médecine Générale, Matinée de formation sur l'hépatite C, 2006.
20. Datamonitor, Stakeholders Opinions : Hepatite C, 2007.
21. Site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé : www.who.int
22. INVS, Prévalence des hépatites B et C en France en 2004.
23. Renard F., Autier M. & Doumont D., L'hépatite C en Belgique : Comment améliorer le dépistage et la prévention, Série de dossiers techniques, juin 2005.
24. Cemka Eval, Modélisation du risque transfusionnel résiduel lié au virus de l'hépatite C en 2030, 2008.
25. Société Scientifique de Médecine Générale, Matinée de formation sur l'hépatite C, 2006.
26. Closon M-C, Beguin C, Baele Ph, Vandekerckhove Ph, Bonneux L, Ramaekers D, Swartenbroeckx N, Etude d'une méthode de financement alternative pour le sang e les dérivés sanguins labiles dans les hôpitaux. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ; Avril 2005, p 24.
27. Yerna B.L, Maréchal X, Denuit M, Closon JP, Vinck I; Indemnisation des dommages résultant de soins de santé. Phase V: impact budgétaire de la transposition du système français en Belgique; Health Services Research (HSR) ; Bruxelles , Centre fédéral d'expertise des soins de Santé (KCE) ; 2009.
28. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2003), Annual Report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway, 2003.

29. World Health Organization, Hepatitis C, 2002, p 36.
30. Horsmans Y, Thiry N, le Polain M, Adler M, Colle I, Delwaide J, Michielsen P, Orlent H, Van Damme P, Hulstaert F. Rapport coût-efficacité du traitement antiviral de l'hépatite B chronique en Belgique. Partie I: Examen de la littérature et résultats d'une étude nationale. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2010.

This page is left intentionally blank.

Wettelijk depot : D/2010/10.273/47

KCE reports

1. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. D/2004/10.273/1.
2. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase I). D/2004/10.273/2.
3. Antibioticagebruik in ziekenhuizen bij acute pyelonefritis. D/2004/10.273/5.
4. Leukoreductie. Een mogelijke maatregel in het kader van een nationaal beleid voor bloedtransfusieveiligheid. D/2004/10.273/7.
5. Het preoperatief onderzoek. D/2004/10.273/9.
6. Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. D/2004/10.273/13.
7. Validatie van het rapport van de Onderzoekscommissie over de onderfinanciering van de ziekenhuizen. D/2004/10.273/11.
8. Financieringssystemen van ziekenhuisgeneesmiddelen: een beschrijvende studie van een aantal Europese landen en Canada. D/2004/10.273/15.
9. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel I. D/2005/10.273/01.
10. De kost van tandprothesen. D/2005/10.273/03.
11. Borstkankerscreening. D/2005/10.273/05.
12. Studie naar een alternatieve financiering van bloed en labiele bloederivaten in de ziekenhuizen. D/2005/10.273/07.
13. Endovasculaire behandeling van Carotisstenose. D/2005/10.273/09.
14. Variaties in de ziekenhuispraktijk bij acuut myocardinfarct in België. D/2005/10.273/11.
15. Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. D/2005/10.273/13.
16. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid. Fase II : ontwikkeling van een actuarieel model en eerste schattingen. D/2005/10.273/15.
17. Evaluatie van de referentiebedragen. D/2005/10.273/17.
18. Prospectief bepalen van de honoraria van ziekenhuisartsen op basis van klinische paden en guidelines: makkelijker gezegd dan gedaan.. D/2005/10.273/19.
19. Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. D/2005/10.273/21.
20. HTA Moleculaire Diagnostiek in België. D/2005/10.273/23, D/2005/10.273/25.
21. HTA Stomamateriaal in België. D/2005/10.273/27.
22. HTA Positronen Emissie Tomografie in België. D/2005/10.273/29.
23. HTA De electieve endovasculaire behandeling van het abdominale aorta aneurysma (AAA). D/2005/10.273/32.
24. Het gebruik van natriuretische peptides in de diagnostische aanpak van patiënten met vermoeden van hartfalen. D/2005/10.273/34.
25. Capsule endoscopie. D/2006/10.273/01.
26. Medico–legale aspecten van klinische praktijkrichtlijnen. D2006/10.273/05.
27. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. D2006/10.273/07.
28. Voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek in België. D2006/10.273/10.
29. Nationale Richtlijnen College voor Oncologie: A. algemeen kader oncologisch kwaliteitshandboek B. wetenschappelijke basis voor klinische paden voor diagnose en behandeling colorectale kanker en testiskanker. D2006/10.273/12.
30. Inventaris van databanken gezondheidszorg. D2006/10.273/14.
31. Health Technology Assessment prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening. D2006/10.273/17.
32. Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport : deel II. D/2006/10.273/19.
33. Effecten en kosten van de vaccinatie van Belgische kinderen met geconjugerd pneumokokkenvaccin. D/2006/10.273/21.
34. Trastuzumab bij vroegtijdige stadia van borstkanker. D/2006/10.273/23.
35. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase III)- precisering van de kostenraming. D/2006/10.273/26.
36. Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas. Residentiële zorg voor ernstig obese kinderen in België. D/2006/10.273/28.

37. HTA Magnetische Resonantie Beeldvorming. D/2006/10.273/32.
38. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). D/2006/10.273/35
39. Rapid assessment van nieuwe wervelzuil technologieën : totale discusprothese en vertebro/ballon kyfoplastie. D/2006/10.273/38.
40. Functioneel bilan van de patiënt als mogelijke basis voor nomenclatuur van kinesitherapie in België? D/2006/10.273/40.
41. Klinische kwaliteitsindicatoren. D/2006/10.273/43.
42. Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België. D/2006/10.273/45.
43. Herziening bestaande praktijkrichtlijnen. D/2006/10.273/48.
44. Een procedure voor de beoordeling van nieuwe medische hulpmiddelen. D/2006/10.273/50.
45. HTA Colorectale Kankerscreening: wetenschappelijke stand van zaken en budgetimpact voor België. D/2006/10.273/53.
46. Health Technology Assessment. Polysomnografie en thuismonitoring van zuigelingen voor de preventie van wiegendood. D/2006/10.273/59.
47. Geneesmiddelengebruik in de belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. D/2006/10.273/61
48. Chronische lage rugpijn. D/2006/10.273/63.
49. Antivirale middelen bij seizoensgriep en griepdemie. Literatuurstudie en ontwikkeling van praktijkrichtlijnen. D/2006/10.273/65.
50. Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. D/2006/10.273/68.
51. Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet- aangeboren hersenletsel (NAH) tussen 18 en 65 jaar. D/2007/10.273/01.
52. Rapid Assessment: Cardiovasculaire Primaire Preventie in de Belgische Huisartspraktijk. D/2007/10.273/03.
53. Financiering van verpleegkundige zorg in ziekenhuizen. D/2007/10 273/06
54. Kosten-effectiviteitsanalyse van rotavirus vaccinatie van zuigelingen in België
55. Evidence-based inhoud van geschreven informatie vanuit de farmaceutische industrie aan huisartsen. D/2007/10.273/12.
56. Orthopedisch Materiaal in België: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/14.
57. Organisatie en Financiering van Musculoskeletale en Neurologische Revalidatie in België. D/2007/10.273/18.
58. De Implanteerbare Defibrillator: een Health Technology Assessment. D/2007/10.273/21.
59. Laboratoriumtesten in de huisartsgeneeskunde. D2007/10.273/24.
60. Longfunctie testen bij volwassenen. D/2007/10.273/27.
61. Vacuümgeassisteerde Wondbehandeling: een Rapid Assessment. D/2007/10.273/30
62. Intensiteitsgemoduleerde Radiotherapie (IMRT). D/2007/10.273/32.
63. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van borstkanker. D/2007/10.273/35.
64. HPV Vaccinatie ter Preventie van Baarmoederhalskanker in België: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/41.
65. Organisatie en financiering van genetische diagnostiek in België. D/2007/10.273/44.
66. Health Technology Assessment: Drug-Eluting Stents in België. D/2007/10.273/47
67. Hadrontherapie. D/2007/10.273/50.
68. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase IV : Verdeelsleutel tussen het Fonds en de verzekeraars. D/2007/10.273/52.
69. Kwaliteit van rectale kankerzorg – Fase I: een praktijkrichtlijn voor rectale kanker D/2007/10.273/54.
70. Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediterings-programma's in Europa D/2008/10.273/57.
71. Aanbevelingen voor het gebruik van vijf oftalmologische testen in de klinische praktijk .D/2008/10.273/04
72. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen. D/2008/10.273/07

73. Financiering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in algemene ziekenhuizen: definitie en evaluatie van een geriatrische patiënt, definitie van de interne liaisongeriatrie en evaluatie van de middelen voor een goede financiering. D/2008/10.273/11
74. Hyperbare Zuurstoftherapie: Rapid Assessment. D/2008/10.273/13.
75. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van slokdarm- en maagkanker. D/2008/10.273/16.
76. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België: status quo of quo vadis? D/2008/10.273/18.
77. Orthodontie bij kinderen en adolescenten. D/2008/10.273/20.
78. Richtlijnen voor farmaco-economische evaluaties in België. D/2008/10.273/23.
79. Terugbetaling van radioisotopen in België. D/2008/10.273/26
80. Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg. D/2008/10.273/35.
81. Kwaliteit van rectale kankerzorg – phase 2: ontwikkeling en test van een set van kwaliteitsindicatoren. D/2008/10.273/38
82. 64-Slice computertomografie van de kransslagaders bij patiënten met vermoeden van coronaire hartziekte. D/2008/10.273/40
83. Internationale vergelijking van terugbetalingsregels en juridische aspecten van plastische heekunde. D/2008/10.273/43
84. Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden. D/2008/10.273/46
85. Vergelijking van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. D/2008/10.273/49.
86. Functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg: mogelijkheden en beperkingen. D/2008/10.273/52.
87. Het gebruik van kinesitherapie en van fysieke geneeskunde en revalidatie in België. D/2008/10.273/54.
88. Chronisch Vermoeidheidssyndroom: diagnose, behandeling en zorgorganisatie. D/2008/10.273/58.
89. Rapid assessment van enkele nieuwe behandelingen voor prostaatkanker en goedaardige prostaathypertrofie. D/2008/10.273/61
90. Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. D/2008/10.273/63
91. Hoorapparaten in België: health technology assessment. D/2008/10.273/67
92. Nosocomiale infecties in België, deel I: nationale prevalentiestudie. D/2008/10.273/70.
93. Detectie van adverse events in administratieve databanken. D/2008/10.273/73.
94. Intensieve maternale verzorging (Maternal Intensive Care) in België. D/2008/10.273/77
95. Percutane hartklep implantatie bij congenitale en degeneratieve klepletsels: A rapid Health Technology Assessment. D/2008/10.273/79
96. Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten. D/2008/10.273/82
97. NOK/PSY revalidatiecentra: doelgroepen, wetenschappelijke evidentie en zorgorganisatie. D/2009/10.273/84
98. Evaluatie van universele en doelgroep hepatitis A vaccinatie opties in België. D/2008/10.273/88
99. Financiering van het geriatrisch dagziekenhuis. D/2008/10.273/90
100. Drempelwaarden voor kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg. D/2008/10.273/94
101. Videoregistratie van endoscopische chirurgische interventies: rapid assessment. D/2008/10.273/97
102. Nosocomiale Infecties in België: Deel II, Impact op Mortaliteit en Kosten. D/2009/10.273/99
103. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten' - eerste tussentijds rapport. D/2009/10.273/04.
104. Robotgeassisteerde chirurgie: health technology assessment. D/2009/10.273/07
105. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van pancreaskanker. D/2009/10.273/10
106. Magnetische Resonantie Beeldvorming: kostenstudie. D/2009/10.273/14
107. Vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg – Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België. D/2009/10.273/16

108. Tiotropium in de behandeling van Chronisch Obstructief Longlijden (COPD): Health Technology Assessment. D/2009/10.273/18
109. De waarde van EEG en geëvokeerde potentialen in de klinische praktijk.3 D/2009/10.273/21
110. Positron Emissie Tomografie: een update. D/2009/10.273/24
111. Medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies voor de ziekte van Alzheimer, een rapid assessment. D/2009/10.273/27
112. Beleid voor weesziekten en weesgeneesmiddelen. D/2009/10.273/30.
113. Het volume van chirurgische ingrepen en de impact ervan op de uitkomst: haalbaarheidsstudie op basis van Belgische gegevens. D/2009/10.273/33.
114. Endobronchiale kleppen bij de behandeling van ernstig longemfyseem Een "rapid" Health Technology Assessment. D/2009/10.273/37.
115. Organisatie van palliatieve zorg in België. D/2009/10.273/40
116. Rapid assessment van interspinale implantaten en pedikelschroeven voor dynamische stabilisatie van de lumbale wervelkolom. D/2009/10.273/44
117. Gebruik van point-of care systemen bij patiënten met orale anticoagulatie: een Health Technology Assesment. D/2009/10.273/47
118. Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van 'Pay for Quality' programma's in België. D/2009/10.273/50.
119. Aspecifieke nekpijn: diagnose en behandeling. D/2009/10.273/54.
120. Hoe zelfvoorziening in stabiele plasmaderivaten voor België verzekeren? D/2009/10.273/57.
121. Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een "all-in" pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen.D/2010/10.273/01
122. Financiering van de thuisverpleging in België. D/2010/10.273/05
123. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten' - tweede tussentijds rapport. D/2010/10.273/08
124. Organisatie en financiering van chronische dialyse in België. D/2010/10.273/11
125. Invloed van onafhankelijke artsenbezoekers op de praktijk van artsen in de eerste lijn. D/2010/10.273/14
126. Het referentieprijssysteem en socio-economische verschillen bij het gebruik van goedkopere geneesmiddelen. D/2010/10.273/18
127. Kosteneffectiviteit van antivirale behandeling voor chronische hepatitis B in België. Deel I: Literatuuroverzicht en resultaten van een nationale studie.. D/2010/10.273/22.
128. Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem. D/2010/10.273/25.
129. Opsporing van borstkanker tussen 40 en 49 jaar. D/2010/10.273/28.
130. Kwaliteitscriteria voor stageplaatsen van kandidaat-huisartsen en kandidaat-specialisten. D/2010/10.273/33.
131. Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis. D/2010/10.273/37.
132. Is Neonatale Screening op Mucoviscidose aangewezen in België? D/2010/10.273/41.
133. Optimalisatie van de werkingsprocessen van het Bijzonder Solidariteitsfonds. D/2010/10.273/44
134. De vergoeding van slachtoffers besmet met het hepatitis C-virus of het HIV-virus door bloedtransfusie. D/2010/10.273/47.

