

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2011-2012

8 DÉCEMBRE 2011

Proposition de loi modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient concernant le début du délai de prescription pour les actions en justice des patients

(Déposée par Mme Cécile Thibaut et consorts)

DÉVELOPPEMENTS

Les circonstances de la vie nous amènent parfois à devoir surmonter les conséquences d'un accident, d'une maladie grave ou d'une intervention chirurgicale, pour nous-mêmes ou pour un de nos proches.

Une certaine période est nécessaire pour surmonter sa douleur, pour vivre son deuil, avant de pouvoir comprendre comment ce qui est arrivé est arrivé, et avant de pouvoir se poser des questions sur le déroulement de la prise en charge par les différents prestataires, institutions et services de soins.

C'est notamment pour cette raison que l'article 1^{er}, § 3, de l'arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, stipule que : «Le dossier médical doit être conservé pendant au moins trente ans dans l'hôpital.»

Une procédure précise est, de surcroît, prévue par la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient, si un patient a besoin de retrouver des précisions sur son histoire médicale, et ce surtout si l'on pense être confronté à une erreur médicale ou à un manque de prise en considération adéquate au moment de son arrivée à l'hôpital ou de la part de prestataires de soins.

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2011-2012

8 DECEMBER 2011

Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, ter bepaling van het begin van de verjaringstermijn waarover de patiënt beschikt om een rechtsvordering in te stellen

(Ingediend door mevrouw Cécile Thibaut c.s.)

TOELICHTING

Iedereen wordt in de loop van zijn leven, hetzij zelf, hetzij in zijn onmiddellijke omgeving, wel eens geconfronteerd met de gevolgen van een ongeval, een zware ziekte of een chirurgische ingreep.

Er gaat tijd over om de pijn te overwinnen en te rouwen; pas daarna beseft men ten volle wat er gebeurd is en waarom, en kan men kritisch aankijken tegen de manier waarop de diverse zorgverleners, zorginstellingen en verzorgingsdiensten de zaken hebben aangepakt.

Met name daarom bepaalt artikel 1, § 3, van het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, het volgende : «Het medisch dossier dient gedurende minstens dertig jaar in het ziekenhuis bewaard te worden.»

Daarnaast voorziet de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt in een nauwgezette procedure ingeval een patiënt bepaalde zaken over zijn medische voorgeschiedenis wil uitklaren en met name het slachtoffer denkt te zijn geweest van een medische fout of inadequate begeleiding, hetzij bij de opname in het ziekenhuis, hetzij door een van de zorgverleners.

Avoir accès à son dossier de patient, et à toutes les informations liées à un acte ou une intervention médicale, est, dès lors, un préalable indispensable à l'introduction d'une action en justice contre un médecin ou une institution hospitalière.

Mais, lorsqu'il y a dommage résultant des soins de santé, il arrive que le praticien ou la structure hospitalière concernée fasse preuve de mauvaise volonté dans la communication de certaines pièces du dossier qui pourraient les incriminer.

Nous avons, malheureusement, connaissance de familles qui, après le décès de leur enfant, ont reçu un dossier médical où il manquait des éléments permettant de savoir à quelle heure il était entré aux urgences, à quelle heure il avait été pris en charge, par qui et vers où il avait été orienté. Malgré les demandes répétées, la transmission de ces éléments n'a été effectuée qu'à l'expiration du délai de prescription, soit cinq ans après les faits !

Des recours existent mais les procédures sont longues et peu connues du grand public. Or, pendant ce temps, la prescription des faits court et quand les documents incriminants réapparaissent, ou sont enfin consultables, il est trop tard pour intenter une action, les faits étant prescrits.

Une telle attitude est intolérable et totalement irrespectueuse des patients et de leurs proches !

C'est pourquoi, la présente proposition de loi prévoit de retarder le début de la prescription au moment où toutes les pièces liées à l'intervention en cause se retrouvent effectivement dans le dossier.

La loi sur les droits du patient est également complétée afin de préciser quelles sont les pièces qui devront figurer dans le dossier. Une liste plus exhaustive encore pourra être dressée par le Roi, en concertation avec les organisations représentatives des différents praticiens professionnels.

Ainsi, peut on lire dans l'arrêté royal du 3 mai 1999 précité que :

« Art. 2. — § 1^{er}. Le dossier médical comporte au moins les documents et renseignements suivants :

1° l'identité du patient;

2° les antécédents familiaux et personnels, l'histoire de la maladie actuelle, les données des consultations et hospitalisations antérieures;

3° les résultats des examens cliniques, radiologiques, biologiques, fonctionnels et histopathologiques;

Toegang tot het dossier en tot alle gegevens in verband met een zorghandeling of medische ingreep is dan ook een absolute voorwaarde voor een patiënt om tegen een arts of een ziekenhuisinstelling een rechtsvordering te kunnen instellen.

Ingeval er evenwel zorgschade is opgetreden, gebeurt het dat de betrokken zorgbeoefenaar of ziekenhuisinstelling blijk geeft van kwade wil als het erom gaat potentieel bezwarende dossierstukken mee te delen.

Zo is ons het schrijnende relaas bekend van ouders die hun kind hebben verloren en hebben moeten vaststellen dat in het medisch dossier stukken ontbraken waaruit kon worden afgeleid hoe laat hun kind op de spoedafdeling was opgenomen, om hoe laat het werd behandeld en door wie, en naar waar het werd doorverwezen. Ondanks herhaalde verzoeken werden die gegevens pas bezorgd nadat de verjaringstermijn al was overschreden, met andere woorden meer dan vijf jaar na de feiten.

Er bestaan dan wel verhaalmiddelen ten behoeve van de slachtoffers, ze zijn tijdrovend en weinig bekend bij het publiek. De verjaringstermijn gaat onverkort in en wanneer de bezwarende documenten opduiken of eindelijk kunnen worden ingezien, kan geen vordering meer worden ingesteld omdat de feiten al verjaard zijn.

Een dergelijke houding is onaanvaardbaar en getuigt van een totaal gebrek aan respect voor de patiënt en zijn naasten.

Daarom strekt dit wetsvoorstel ertoe de aanvang van de verjaringstermijn uit te stellen tot het ogenblik waarop de betrokkene kan beschikken over een dossier waarin alle stukken in verband met de zorghandelingen bijeengebracht zijn.

Voorts is het de bedoeling in de wet op de rechten van de patiënt te preciseren welke stukken in het dossier moeten worden opgenomen. Na overleg met de koepelverenigingen van de diverse beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg kan de Koning die lijst vervolledigen.

In voornoemd koninklijk besluit van 3 mei 1999 luidt het aldus :

« Art. 2. — § 1. Het medisch dossier bevat ten minste de volgende documenten en gegevens :

1° de identiteit van de patiënt;

2° familiale en persoonlijke antecedenten, de huidige ziektegeschiedenis, de gegevens der voorgaande raadplegingen en hospitalisaties;

3° de uitslagen van de klinische, radiologische, biologische, functionele en histo-pathologische onderzoeken;

- 4° les avis des médecins consultés;
- 5° les diagnostics provisoires et définitifs;
- 6° le traitement mis en œuvre; en cas d'intervention chirurgicale, le protocole opératoire et le protocole d'anesthésie;
- 7° l'évolution de la maladie;
- 8° éventuellement le protocole de l'autopsie;
- 9° une copie du rapport de sortie;
- 10° pour chaque transfusion, le produit sanguin instable administré avec le numéro d'unité ou le numéro de série, la date et l'heure de l'administration, les administrateurs médecin et infirmier, l'indication de la transfusion, les réactions éventuelles et une évaluation clinique et/ou biologique de l'efficacité de l'intervention.

§ 2. Les documents visés au § 1^{er}, 3°, 4°, 5°, 6° et 8°, doivent être signés respectivement par le médecin responsable, les médecins consultés, le médecin qui a posé le diagnostic, le chirurgien et l'anesthésiste traitants ainsi que par l'anatomopathologie.

§ 3. Le document qui comprend les données visées au § 1^{er}, 10°, est rédigé dans le service dans lequel le premier produit sanguin instable est administré et il suit le patient durant toute la durée de son hospitalisation jusque dans le service d'où le patient quitte l'hôpital.

Art. 3. — § 1^{er}. Le rapport de sortie, visé à l'article 2, § 1^{er}, 9°, comprend :

- 1° le rapport provisoire qui assure la continuité immédiate des soins;
- 2° le rapport complet sur le séjour à l'hôpital, signé par le médecin responsable du patient.

§ 2. Le rapport visé au § 1^{er}, 1° est :

- 1° soit remis au patient à l'attention de son médecin traitant et de tout médecin concerné;
- 2° soit transmis au médecin traitant et à tout médecin concerné.

Ce rapport contient tous les renseignements nécessaires permettant à tout médecin consulté par le patient d'assurer la continuité des soins.

§ 3. Le rapport visé au § 1^{er}, 2°, est communiqué du médecin de l'hôpital au médecin désigné par le patient.

Ce rapport contient les éléments anamnestiques, cliniques, techniques et thérapeutiques caractérisant au mieux l'hospitalisation et le suivi nécessaire.

- 4° de adviezen van de geconsulteerde geneesheren;
- 5° de voorlopige en definitieve diagnose;
- 6° de ingestelde behandeling; bij een chirurgische ingreep, het operatief protocol en het anesthesieprotocol;
- 7° de evolutie van de aandoening;
- 8° het verslag van een eventuele lijkschouwing;
- 9° een afschrift van het ontslagverslag;
- 10° voor elke transfusie het toegediende labiel bloedproduct (met eenheid- of lotnummer), de datum en het uur van toediening, de toediensers (arts en verpleegkundige), de indicatie voor de transfusie, de eventuele reacties en een klinische en/of biologische evaluatie van de doeltreffendheid van de interventie.

§ 2. De in § 1, 3°, 4°, 5°, 6° en 8° bedoelde stukken dienen respectievelijk door de verantwoordelijke arts, de geconsulteerde geneesheren, de arts die de diagnose gesteld heeft, de behandelende chirurg en anesthesist en de anatomopatholoog ondertekend te zijn.

§ 3. Het document dat de in § 1, 10°, bedoelde gegevens bevat, wordt opgesteld in de dienst waar het eerste labiel bloedproduct wordt toegediend en het volgt de patiënt gedurende zijn gans verblijf in het ziekenhuis tot bij de dienst waar de patiënt het ziekenhuis verlaat.

Art. 3. — § 1. Het in artikel 2, § 1, 9°, bedoeld ontslagverslag omvat :

- 1° het voorlopig verslag dat de onmiddellijke continuïteit van de zorg waarborgt;
- 2° het volledig verslag over het ziekenhuisverblijf, ondertekend door de arts die voor de patiënt verantwoordelijk is.

§ 2. Het in § 1, 1°, bedoelde verslag wordt :

- 1° hetzij aan de patiënt meegegeven die het aan zijn behandelende arts en aan iedere betrokken arts bezorgt;
- 2° hetzij aan de behandelende arts en iedere betrokken arts bezorgd.

Bedoeld verslag bevat alle informatie die het voor elke door de patiënt geconsulteerde arts moet mogelijk maken de continuïteit der zorg te verzekeren.

§ 3. Het in § 1, 2°, bedoelde verslag wordt door de arts van het ziekenhuis aan de door de patiënt aangewezen arts overgemaakt.

Dit rapport omvat de meest kenmerkende anamnestische, klinische, technische en therapeutische gegevens over de hospitalisatie en de vereiste nazorg.

Art. 4. — Le dossier médical, plus spécifiquement le rapport de sortie, doit être le compte rendu fidèle de la démarche diagnostique et thérapeutique.

Art. 5. — L'enregistrement du Résumé Clinique Minimum visé à l'article 153, § 2, 3^o, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, sera basé sur les documents de l'article 4.

Art. 6. — § 1^{er}. Les dossiers de tous les patients ayant quitté le service sont classés et conservés dans des archives médicales organisées de préférence de manière centrale et électronique ou tout au moins groupées au niveau du service avec un numéro unique par patient au sein de l'hôpital.

Les dossiers doivent être accessibles en permanence aux médecins associés au traitement du patient.

§ 2. Le patient ou son représentant légal a le droit de prendre connaissance, par l'intermédiaire d'un médecin choisi par lui, des données du dossier médical qui le concernent. »

Le but de la présente proposition de loi n'est cependant pas de rendre les erreurs médicales imprescriptibles. Ce serait en effet démesuré et ingérable sur le long terme car les prestataires de soins et les institutions de soins doivent, à un moment, pouvoir classer les dossiers anciens des patients en ayant la garantie qu'ils ne seront pas poursuivis, le temps des conséquences potentielles étant écoulé.

Ainsi, si le dossier contient toutes les pièces relatives à une intervention, la prescription débute normalement. Dans le cas où un patient constate qu'une ou plusieurs pièces sont manquantes, la prescription des faits ne commencera que lorsque le patient aura été prévenu par le praticien ou la structure hospitalière que toutes les pièces ont été retrouvées et se trouvent désormais dans son dossier.

Cécile THIBAUT.
Mieke VOGELS.
Zakia KHATTABI.
Claudia NIESSEN.

*
* *

Art. 4. — Het medisch dossier, in het bijzonder het ontslagverslag, moet de therapeutische en diagnostische aanpak getrouw weergeven.

Art. 5. — De stukken vermeld in artikel 4 vormen de basis voor de registratie van de Minimale Klinische Gegevens, bedoeld in artikel 153, § 2, 3^o, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen.

Art. 6. — § 1. De dossiers van alle patiënten die de dienst verlaten hebben worden geklasseerd en bewaard in een medisch archief dat bij voorkeur centraal en elektronisch, of minstens op het niveau van de dienst wordt gegroepeerd met een enig nummer per patiënt binnen het ziekenhuis.

De dossiers moeten steeds geraadpleegd kunnen worden door de geneesheren die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt.

§ 2. De patiënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger heeft recht om, door toedoen van een door hem gekozen geneesheer, kennis te krijgen van de hem betreffende gegevens in het medisch dossier. »

Dit wetsvoorstel strekt er evenwel niet toe de verjaringstermijn voor medische fouten helemaal op te heffen. Dat zou immers buitensporig en op lange termijn onhoudbaar zijn: de zorgverleners en de zorginstellingen moeten op een bepaald ogenblik de oude patiëntendossiers kunnen archiveren, wetende dat ze niet langer voor het gerecht kunnen worden gedaagd omdat de termijn daartoe verstreken is.

Met andere woorden: als het dossier alle stukken in verband met de zorghandelingen bevat, gaat de verjaringstermijn in zoals wettelijk bepaald. Indien de patiënt echter vaststelt dat een of meer stukken ontbreken, gaat de verjaringstermijn pas in wanneer de patiënt er door de zorgbeoefenaar dan wel de ziekenhuisinstelling van verwittigd is dat alle stukken werden bijeengebracht en in het dossier zijn opgenomen.

*
* *

PROPOSITION DE LOIArticle 1^{er}

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

Art. 2

L'article 9, § 1^{er}, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient est remplacé par la disposition suivante :

« § 1^{er}. Le patient a droit, de la part de son praticien professionnel, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et complet. Ce dossier est conservé en lieu sûr jusqu'à trente ans après son décès.

Ce dossier doit, au minimum, contenir des informations précises quant à tous les actes qui ont été posés sur le patient, ou que celui-ci a refusés, ainsi que les noms et qualités de tous les praticiens professionnels qui sont intervenus, ou auraient dû intervenir. Les documents et renseignements à enregistrer dans le dossier doivent reprendre, au minimum, les éléments déterminés par le Roi.

À la demande du Roi, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé détermine la liste et, le cas échéant, la forme des documents qui doivent, au minimum, figurer dans ce dossier.

À la demande du patient, le praticien professionnel ajoute les documents fournis par le patient dans le dossier le concernant. »

Art. 3

Dans la même loi est inséré un chapitre *IVbis* intitulé : « Dommage et prescription », contenant un article 15/1, rédigé comme suit :

« Art. 15/1. — § 1^{er}. Lorsqu'un patient subit un dommage suite à l'intervention, ou l'absence d'intervention, d'un ou plusieurs praticiens professionnels, la prescription des faits ne commence à courir que lorsque le patient, ou une des personnes visées au paragraphe 4 de l'article 9, a pu avoir accès, conformément aux dispositions de la présente loi, à son dossier de patient et à toutes les pièces concernant l'intervention ou la demande d'intervention concernée.

§ 2. Si, lors de la consultation du dossier par le patient ou une des personnes visées au paragraphe 4 de l'article 9, il apparaît qu'une ou plusieurs pièces

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

Artikel 9, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, wordt vervangen door wat volgt :

« § 1. De patiënt heeft ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en volledig patiëntendossier. Dat dossier wordt veilig bewaard tot dertig jaar na zijn dood.

Dat dossier moet ten minste nauwkeurige informatie bevatten over alle handelingen die bij de patiënt zijn gesteld of die deze laatste heeft geweigerd, alsook de naam en hoedanigheid van elke beroepsbeoefenaar die een handeling heeft gesteld of had moeten stellen. De documenten en gegevens die bij het dossier moeten worden gevoegd, bevatten minstens de door de Koning bepaalde elementen.

Op verzoek van de Koning bepaalt het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg de lijst en, zo nodig, de vorm van de documenten die minstens bij dat dossier moeten worden gevoegd.

Op verzoek van de patiënt voegt de beroepsbeoefenaar de door de patiënt verstrekte documenten toe aan het hem betreffende patiëntendossier. »

Art. 3

In dezelfde wet wordt een hoofdstuk *IVbis* « Schade en verjaring » ingevoegd, dat een artikel 15/1 bevat, luidende :

« Art. 15/1. — § 1. Wanneer een patiënt schade lijdt als gevolg van een zorghandeling van een of meer beroepsbeoefenaars, dan wel als gevolg van het ontbreken van een dergelijke zorghandeling, gaat de verjaringstermijn pas in wanneer de patiënt of een van de in artikel 9, § 4, bedoelde personen, overeenkomstig de bepalingen van deze wet, toegang heeft gekregen tot het patiëntendossier en alle stukken die verband houden met de zorghandeling of het verzoek daartoe.

§ 2. Ingeval bij de raadpleging van het dossier door de patiënt of door een van de in artikel 9, § 4, bedoelde personen blijkt dat in het dossier een of meer stukken

sont manquantes, il est dressé un inventaire des documents manquants. Cet inventaire, daté et signé par le patient et le prestataire de soins tel que défini à l'article 2, 1^o, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultants de soins de santé, est joint au dossier.

Lorsque des pièces sont manquantes ou en cas de poursuite des traitements, il appartient au(x) prestataire(s) de soins concerné(s) de compléter le dossier et de prévenir par écrit, par envoi recommandé, le patient lorsque tous les documents manquants ont retrouvé leur place dans le dossier.

§ 3. Lorsque des pièces sont manquantes, la prescription ne commence à courir qu'à la date de réception du document visé au paragraphe 2 par le patient, sans que celui-ci ait émis de contestation, par envoi recommandé, quant au caractère complet du dossier. »

Art. 4

L'article 1^{er}, § 3, de l'arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est abrogé.

10 novembre 2011.

Cécile THIBAUT.
Mieke VOGELS.
Zakia KHATTABI.
Claudia NIESSEN.

ontbreken, wordt een lijst van de ontbrekende stukken opgesteld. Die lijst wordt door de patiënt en de zorgverlener als bedoeld in artikel 2, 1^o, van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg gedagtekend en ondertekend en vervolgens bij het dossier gevoegd.

Ingeval stukken ontbreken of de behandeling wordt voortgezet, moet(en) de betrokken zorgverlener(s) het dossier aanvullen en de patiënt bij een ter post aangetekende brief laten weten dat het dossier volledig is, alle ontbrekende stukken dan wel nieuwe stukken inclusief.

§ 3. Wanneer stukken in het dossier ontbreken, gaat de verjaringstermijn pas in op de dag waarop de patiënt het in paragraaf 2 bedoelde document ontvangt, ook wanneer deze laatste de onvolledigheid van het dossier niet bij een ter post aangetekende brief heeft aangeklaagd. »

Art. 4

Artikel 1, § 3, van het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, wordt opgeheven.

10 november 2011.