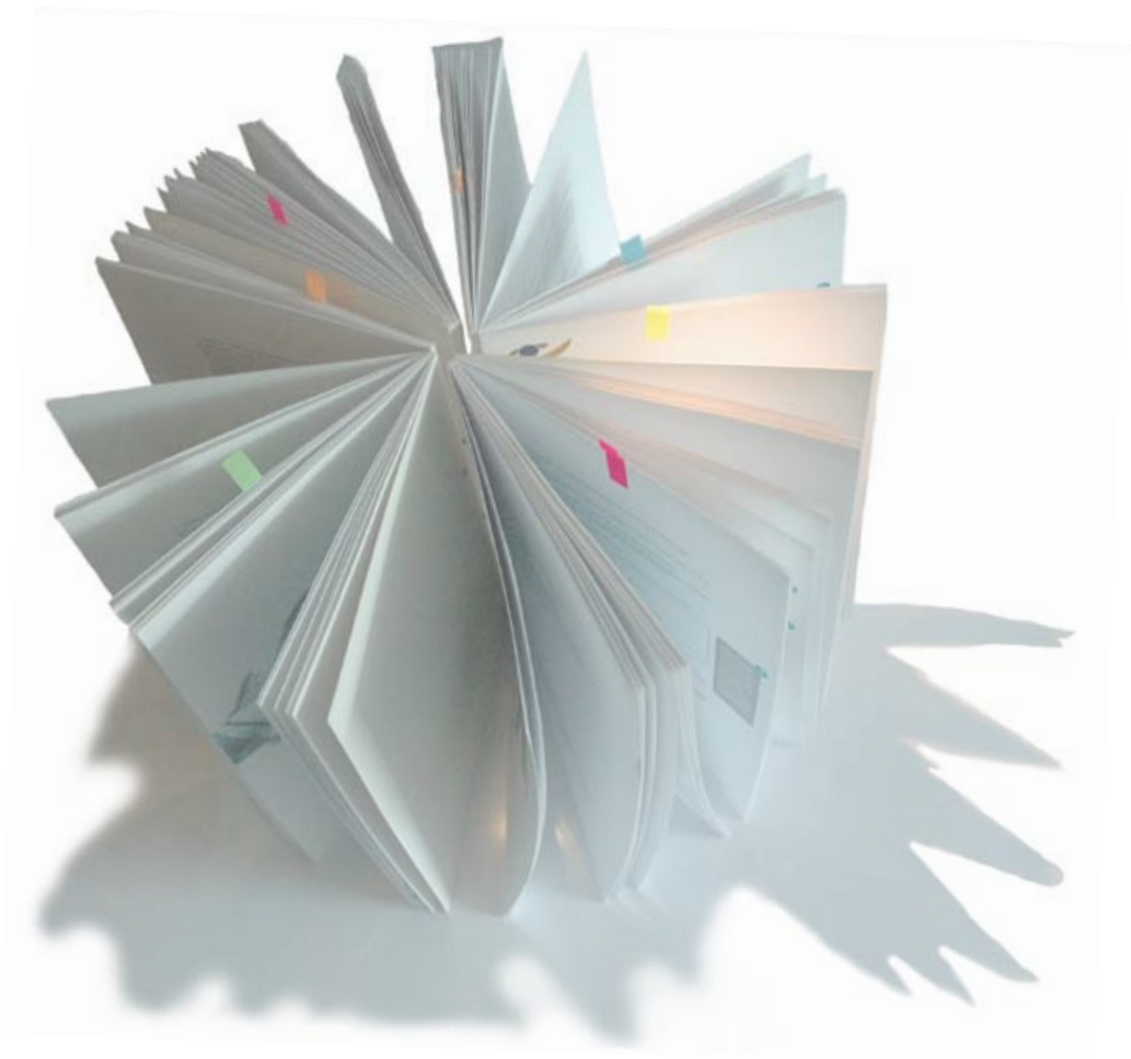
INAMI

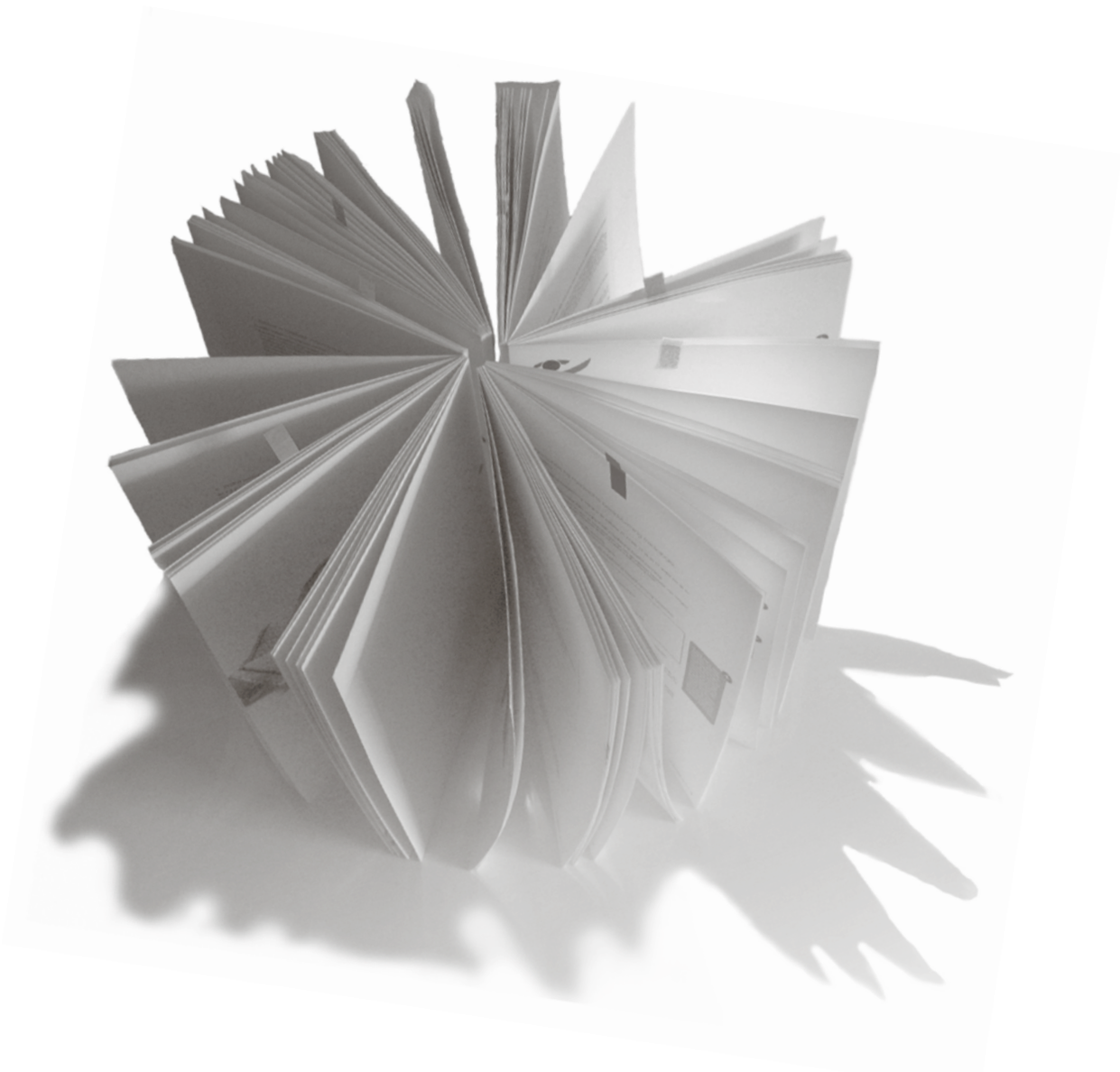


Bulletin d'information

2015/3

.be

1re Partie
Études



Les métiers du droit

Par G. LOMBAERTS et C. MARTHUS

Expert judiciaire, profession souvent méconnue et pourtant incontournable dans beaucoup de nos litiges

Il ne se passe pas un jour sans qu'à la télévision on entende parler des "experts" qu'ils soient de Manhattan, de Los Angeles, NCIS,… j'en passe et des meilleurs !

Mais à côté de ces super-spécialistes traquant le moindre indice de crime, il existe dans notre droit, la profession d'expert judiciaire.

"Ils sont 4000 en Belgique auxquels la justice fait très souvent appel. Mais leur rôle est contesté comme le résume cette vieille boutade : "prenez deux experts et vous aurez trois avis différents." D'où la nécessité de créer un statut permettant d'identifier les experts compétents et expérimentés.

Faute de statut, un expert judiciaire peut aujourd'hui être n'importe qui. Le juge peut choisir qui bon lui semble. "Ce sont souvent les mêmes experts et pas toujours ceux qui sont les plus réputés", dit constater Etienne Claes, secrétaire général du collège national des experts judiciaires. "Personne ne vérifie nos diplômes ou nos qualifications".

L'expert est pourtant considéré comme une pièce maîtresse sur l'échiquier judiciaire et son incompétence peut déboucher sur de terribles erreurs. Ce fut le cas dans l'Affaire d'Outreau en France où une trop grande crédulité du juge à l'égard des experts a donné trop de crédibilité à des témoignages d'enfants." (extrait d'un reportage RTBF, 01.03.2014)

[www] http://www.rtbf.be/info/societe/detail_expert-judiciaire-une-profession-en-mal-de-reconnaissance?id=8212969

Pourtant, hormis quelques exceptions que nous aborderons plus loin, les experts judiciaires ne disposaient pas jusqu'il y a peu d'un statut protégeant leur titre et leur profession.

Une recherche menée il y a une dizaine d'années déjà par le Département de criminologie de l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC) a permis de mener une vaste enquête auprès des experts payés par les frais de justice. Si certains résultats peuvent être rassurants, il ressort également clairement des conclusions de cette recherche que :

- près de 16 % des experts n'ont suivi aucune formation continuée durant leur parcours professionnel
- la pratique de l'expertise est une activité occasionnelle pour la moitié d'entre eux, voire très occasionnelle (maximum une fois en deux ans) pour un quart d'entre-eux
- si on peut globalement affirmer que cette activité d'expertise est basée sur une expérience professionnelle antérieure, 10 % des experts judiciaires au pénal n'ont aucune expérience professionnelle préalable avant leur première intervention en cette qualité, et un quart de cette population avait moins de cinq ans d'expérience professionnelle antérieure
- 56 % des experts n'a jamais suivi de formation en expertise ou en droit judiciaire

- plus interpellant encore, seulement 16 % d'entre eux ont reçu un questionnaire des autorités judiciaires afin d'être évalués dans le cadre de l'établissement des listes officieuses (extrait d'un discours du Ministre de la Justice à l'occasion d'une journée d'étude organisée le 16.06.2015 par l'INCC sur le registre national des experts judiciaires).

Suivant la majorité des spécialistes, un statut doit garantir plus de respect des règles déontologiques et d'impartialité en exigeant la connaissance de la procédure judiciaire. Grâce à la protection du titre et à un registre national rassemblant les noms des experts reconnus pour leur expérience et leurs compétences, les magistrats devraient pouvoir choisir les bons spécialistes pour exécuter leurs missions.

Mais, au fait, qu'est-ce qu'un expert judiciaire ?

Les experts judiciaires sont des auxiliaires de justice occasionnels investis par le juge de la mission de procéder à des constatations ou de donner un avis d'ordre technique sur des faits afin d'apporter des éclaircissements sur une affaire. Ce sont des spécialistes de disciplines très variées (médecine, architecture, informatique, économie et finance, etc.) [1].

Attention, il ne faut pas confondre expert judiciaire et conseil technique :

- l'expert judiciaire est une personne désignée par le juge, selon son propre choix, ou selon une proposition des parties
- le conseil technique est requis par une des parties du litige, pour l'assister dans la défense de ses intérêts.

S'il existait jusqu'à présent des listes d'experts dressées pour l'information des juges, ces derniers pouvaient, le cas échéant, désigner toute autre personne de leur choix quelques soient sa formation ou ses qualités, au pénal comme au civil.

Selon l'article 962 du Code judiciaire, les avis des experts ne s'imposent pas aux juges qui restent libres.

Le contrôle des experts est exercé, selon les cas, soit par le procureur général de la cour d'appel, soit par le premier président et le procureur général près de la Cour de cassation.

L'expert judiciaire est assermenté.

Qui peut être désigné en tant qu'expert judiciaire et quel est son statut ?

Comme on l'a vu en préambule, le titre d'expert judiciaire ne faisait, jusqu'il y a peu, l'objet d'aucune protection particulière de sorte que n'importe qui pouvait faire mention du titre d'expert auprès des tribunaux.

Certaines lois protègent le titre particulier d'expert en dehors de tout contexte judiciaire *a priori*. C'est le cas de la loi du 22 avril 1999 relative aux professions comptables et fiscales de même que les experts en automobiles qui sont également reconnus et disposent de leur institut (loi du 15.05.2007 relative à la reconnaissance et à la protection de la profession d'expert en automobiles et créant un institut des experts en automobiles).

D'autres lois visent la protection d'un titre professionnel, telle que la loi du 11 mai 2003 protégeant le titre et la profession de géomètre-expert ou encore celle du 8 novembre 1993 protégeant le titre de psychologue.

1. J.-L. FAGNART, "Éthique et médecine d'expertise", Consilio, 2011/4, pp. 141 - 142 ; Cass., 15.02.2006, Pas., 2006, liv. 2, p. 370.

Cela fait pourtant longtemps déjà que le législateur a pris conscience de la problématique liée à la désignation d'experts en matière civile et pénale. Dans notre monde de plus en plus complexe, le nombre de spécialisations supplémentaires augmente, ce qui contraint le juge à faire appel à des experts judiciaires spécialisés.

Lors de la rédaction du Code judiciaire, en 1967, l'article 991 du Code judiciaire a été libellé comme suit : "*Les cours et tribunaux peuvent établir des listes d'experts selon les règles fixées par le Roi.*"

Cet article du Code judiciaire n'a toutefois jamais reçu de mesures d'exécution. En 2007, le législateur a manifesté l'intention d'établir des listes d'experts agréés afin de garantir la compétence des experts dans les affaires judiciaires. Aucun *consensus* politique n'a toutefois pu être dégagé sur le système proposé et finalement, la *loi du 15 mai 2007* modifiant le Code judiciaire en ce qui concerne l'expertise (M.B., 22.08.2007) ne reprend aucune disposition protégeant la profession ou le titre d'expert judiciaire ; cette loi a même abrogé l'article 991 du Code judiciaire !

Cette 1re réforme de l'expertise se développait sur quatre axes principaux :

- la subsidiarité de la procédure par rapport aux autres moyens de preuve
- l'attribution au juge d'un rôle plus actif pour notamment raccourcir la durée des procédures
- la collaboration active des parties
- les précisions apportées au système de paiement des provisions, frais et honoraires des experts.

Cette réforme n'a cependant pas supprimé toutes les difficultés, au contraire, d'aucuns considèrent qu'elle a créé de nouvelles controverses en favorisant des jurisprudences et des pratiques disparates [2].

Ces critiques visaient notamment la mise en œuvre d'office de l'expertise, la réunion d'installation sans la présence de l'expert (mesure qui est même considérée par la doctrine en raison des modalités d'organisation de celle-ci, comme l'une des mesures les plus inadéquates de la nouvelle loi [3]), l'incertitude quant à la nature juridique de certaines décisions et la lourdeur de la procédure de taxation des honoraires de l'expert.

Afin de tenter de remédier à ces différentes critiques, le législateur a remis l'ouvrage sur le métier et adopté la *loi du 30 décembre 2009* portant des dispositions diverses en matière de justice (II) (M.B., 15.01.2010).

Les modifications apportées au Code judiciaire par cette loi constituent avant tout, pour le législateur, des dispositions dites réparatrices ayant pour objet d'apporter des améliorations techniques susceptibles de favoriser le bon déroulement de la procédure d'expertise [4].

Bien que se situant dans le prolongement de la réforme initiée par la loi du 15 mai 2007, ces modifications ne se sont pas éloignées de la volonté initiale du législateur qui avait notamment insisté sur caractère subsidiaire de l'expertise, le rôle accru et actif conféré au juge, l'accélération du déroulement des travaux d'expertise ainsi qu'un coût raisonnable de celle-ci [5].

2. J. VAN COMPERNOLLE, "L'expertise judiciaire et la loi du 15.05.2007" : réflexions conclusives, in L'expertise judiciaire : des réformes aux pratiques., Éd. Kluwer, 2009, p. 139.
3. B. PETIT et R. DE BRIEY, "La réforme de l'expertise opérée par la loi du 15.05.2007, ou la loi qui n'eût pas dû exister", J.T., 2008/14, n° 6306, pp. 237-252.
4. Projet de loi portant des dispositions diverses en matière de justice, Rapport, Doc. parl., Ch. Repr., sess. ord. 2009-2010, n° 2161/006, pp. 27-29 ; D. MOUGENOT et O. MIGNOLET, "La loi du 30.12.2009 "réparant" la procédure d'expertise judiciaire", J.T., 2010/13, n° 6389, pp. 201-2013.
5. P. STAQUET, "L´expertise judiciaire réformée est modifiée" - DroitBelge.Net - Actualités - 26.01.2010.

Ainsi :

- le contrôle du juge est renforcé dans le cadre du choix de l'expert à désigner. S'il peut désigner le ou les expert(s) sur le(s)quel(s) les parties ont marqué leur accord, il peut également déroger au choix des parties à condition qu'il motive sa décision (art. 962, al. 2, C. jud.)

- afin de permettre une plus grande flexibilité lors des travaux d'expertise, le législateur permet aux parties qui en font conjointement la demande de poser à l'expert des questions qui sortent de la mission telle que libellée dans la désignation. À défaut d'accord entre les parties, l'expert ne donne son avis que sur la mission dont les termes sont repris dans la décision intervenue (art. 962, al. 3, C. jud.)

- la mise en œuvre de l'expertise perd son caractère automatique. En effet, les parties qui comparaissent peuvent demander, avant que la décision ordonnant l'expertise ne soit prise, une suspension de la notification. À défaut, la notification sera réalisée automatiquement par le greffe dans les cinq jours. En cas de suspension, chacune des parties peut, à tout moment, solliciter la notification par le greffe de cette décision (art. 972, § 1er, al. 2, C. jud.)

- en cas de refus par l'expert judiciaire de sa mission, le législateur a prévu que les parties peuvent formuler, dans les huit jours, leurs observations éventuelles au juge qui désigne ensuite un nouvel expert, sans suivre la procédure de remplacement (art. 972, § 1er, al. 3, C. jud.)

- d'autres modifications sont apportées concernant la réunion d'installation dont le caractère automatique est supprimé[6]. L'expert peut être contacté par le juge préalablement à sa désignation pour mettre l'expertise au point, prévoir la fixation de la réunion d'installation et préparer les décisions à prendre, telles la nécessité de faire appel ou non à des conseillers techniques, l'estimation du coût global de l'expertise, le mode de calcul des frais et le délai pour le dépôt du rapport final (art. 972, § 2, al. 4, C. jud.). Si aucune réunion d'installation n'a été prévue, l'expert dispose de quinze jours à compter de la notification de sa mission ou de la consignation de la provision pour indiquer quand il commencera ses travaux (art. 972, § 1er, C. jud.).

Dans la loi du 15 mai 2007, la réunion d'installation avait perdu beaucoup de son sens au point que nombre de juridictions invitaient, avec insistance, les parties à y renoncer ! Avec la nouvelle loi, l'expert retrouve le principe de sa présence à la réunion d'installation dont l'utilité sera accrue dans de nombreux cas (elle n'est fixée que si le juge l'estime nécessaire ou si toutes les parties en font la demande - art. 972, § 2, C. jud.). Les parties sont ainsi tenues de transmettre le dossier de pièces inventorié huit jours au moins avant la réunion d'installation ou avant le début des travaux (art. 972*bis*, § 1er, al. 2, C. jud.).

- dans le cadre de la loi de réforme de l'expertise judiciaire, le législateur avait prévu l'obligation pour les parties de marquer leur accord ou leur désaccord sur l'état de frais et honoraires déposé par l'expert. Dans la mesure où cela avait entraîné de nombreuses procédures en taxation inutiles, le législateur a réintroduit la possibilité d'un assentiment tacite. Il appartient donc à la partie qui souhaite contester le montant des frais et des honoraires réclamés par l'expert d'en informer le juge. À défaut d'être fait dans les trente jours du dépôt de l'état détaillé au greffe, le juge taxera les honoraires (art. 991, § 1er, C. jud.).

6. Pour les particularités de la réunion d'installation en matière AMI - voir p. 9, *in fine*.

Cependant, malgré ces avancées, la loi de 2009 ne prévoit toujours aucune mesure de protection particulière ou de reconnaissance du titre d'expert judiciaire. C'est pourquoi, dans un avis du 30 mars 2011 sur le statut et la qualité des experts de justice, le Conseil supérieur de la Justice a estimé nécessaire de revenir sur cette problématique en exhortant le législateur à intervenir pour garantir la qualité des experts de justice et permettre "(...) la mise en œuvre à moyen terme d'une réglementation visant à garantir la qualité et l'intégrité des experts judiciaires" [7].

[www]http://www.csj.be/sites/5023.b.fedimbo.belgium.be/files/press_publications/a0071b.pdf

Selon le Conseil supérieur de la Justice, cette initiative se devait de combiner deux éléments :

1. L'établissement d'une liste nationale d'experts judiciaires gérée par un organe fédéral, cette liste ne pouvant reprendre que les experts certifiés par des associations professionnelles accréditées d'experts.

2. L'introduction d'une obligation légale pour le juge de ne désigner, sauf cas exceptionnel, que les experts judiciaires qui figurent sur la liste nationale. Le juge serait tenu de motiver de manière circonstanciée toute désignation d'un expert en dehors de la liste nationale (par ex. en raison de l'urgence ou de l'absence d'association professionnelle agréée dans cette spécialité, ...).

Dans le prolongement de cet avis, les dernières modifications d'importance ont été introduites par la *loi du 10 avril 2014* [8] en vue d'établir un registre national des experts judiciaires (M.B., 19.12.2014, Éd. 2).

Cette loi prévoit la création du tant attendu registre national des experts judiciaires [9]. Le souhait est d'offrir un cadre légal cohérent et transparent en vue de professionnaliser la profession d'expert. Cette loi vise non seulement à agréer les experts judiciaires mais aussi à protéger leur titre.

Le législateur a fixé dans la loi les principes de base pour l'établissement de ce registre. Le Code d'instruction criminelle, le Code judiciaire et la loi relative à l'internement ont également été harmonisés dans cette perspective. Lorsque ce registre sera effectif, seuls les experts qui y sont inscrits seront en principe autorisés à porter le titre et à accepter des missions. Ce registre devrait renforcer la qualité et réduire les abus.

Le Registre national des Experts judiciaires concernera tous les experts en matière civile et pénale, notamment les experts en incendie, les experts-comptables, les psychiatres légistes, les neurologues,…

Le Ministre de la justice ne pourra enregistrer que les personnes qui remplissent une série de conditions.

Les experts judiciaires devront ainsi justifier d'une expérience pertinente d'au moins 5 ans au cours des 8 années précédant la demande d'enregistrement dans le domaine d'expertise et de spécialisation dans lequel ils veulent se faire enregistrer.

7. Conseil supérieur de la Justice, Avis d'office sur le statut et la qualité des experts judiciaires, approuvé le 30.03.2011, p. 3.
8. La loi du 10.04. 2014 entre en vigueur à la date fixée par le Roi et, au plus tard, le premier jour du vingt-quatrième mois qui suit celui de sa publication au M.B. (art. 30).
9. En fait la loi du 10.04.2014 instaure également un registre national des traducteurs, interprètes et traducteurs interprètes jurés, organisé directement par la loi sans insertion dans le Code Judiciaire. Les dispositions en la matière sont similaires à celles renseignées ci-dessus pour les experts judiciaires mais les conditions d'accès professionnel sont différentes de ce qui est prévu à l'art. 991*quater* nouveau du C. jud.

Les autres conditions d'inscription à cette liste sont les suivantes :

- être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou y résider légalement
- présenter un extrait récent du casier judiciaire délivré par l'administration communale du domicile ou de la résidence
- ne pas avoir été condamné, même avec sursis, à une quelconque peine correctionnelle ou criminelle consistant en une amende, une peine de travail ou une peine de prison (à l'exception des infractions à la réglementation relative à la police de la circulation routière et les condamnations dont le Ministre de la Justice estime qu'elles ne font pas obstacle à la réalisation d'expertises dans le domaine d'expertise et de spécialisation dans lequel ils veulent se faire enregistrer en qualité d'expert judiciaire)
- déclarer par écrit devant le Ministre de la Justice se tenir à la disposition des autorités judiciaires, qui peuvent faire appel à leurs services. La même loi prévoit toutefois que les experts judiciaires peuvent décider de ne pas accepter une mission
- fournir la preuve qu'il dispose de l'aptitude professionnelle et des connaissances juridiques requises. La preuve de l'aptitude professionnelle sera fournie par un diplôme obtenu dans le domaine d'expertise dans lequel le candidat se fait enregistrer en qualité d'expert judiciaire et un justificatif prouvant ses cinq ans d'expérience pertinente au cours des huit années précédant la demande d'enregistrement. La preuve des connaissances juridiques devra résulter d'une attestation de ces connaissances délivrée par un établissement agréé par le Roi.
- déclarer par écrit devant le ministre de la Justice adhérer au code de déontologie, lequel code prévoit au moins les principes d'indépendance et d'impartialité (la rédaction de ce Code de déontologie se fera dans le cadre des arrêtés royaux d'exécution de la loi)
- prêter le serment prescrit par l'article 991*novies*, § 1er. Ce serment vaut pour toutes les missions qui seront ensuite confiées à l'intéressé en sa qualité d'expert judiciaire. Le serment ne devra dès lors plus figurer dans le rapport final rédigé par l'expert désigné.

Ce registre national des experts judiciaires sera géré et mis régulièrement à jour par le Ministre de la Justice et pourra être consulté librement sur le site web du Service public fédéral justice.

Un numéro d'identification et une carte de légitimation seront délivrés à toute personne enregistrée.

Il sera cependant possible de désigner un expert qui n'est pas inscrit au registre national des experts judiciaires dans les cas suivants :

- en cas d'urgence
- si aucun expert judiciaire ayant l'expertise et la spécialisation requises n'est disponible
- si le registre national ne comporte aucun expert judiciaire disposant de l'expertise et de la spécialisation nécessaires au regard de la nature spécifique du litige.

Radiation en cas de prestations inadéquates

Lorsque des prestations manifestement inadéquates seront fournies de manière répétée ou que le comportement ou la conduite de l'expert judiciaire portera atteinte à la dignité de la fonction ou constituera un manquement à la déontologie, le Ministre de la Justice pourra, par une décision motivée, rayer temporairement ou définitivement son nom du registre national des experts judiciaires, sur proposition du président du tribunal de première instance du lieu où l'intéressé exerce ses activités professionnelles ou du procureur du Roi, et après avoir pris connaissance des observations de l'intéressé.

La durée de la radiation temporaire sera fixée par le ministre en fonction de la gravité du manquement, sans qu'elle puisse excéder une période d'un an.

Quel est le rôle de l'expert dans le processus judiciaire ?

Les développements qui vont suivre concernent essentiellement les procédures d'expertises en matière d'assurance maladie invalidité.

1. Le premier rôle de l'expert judiciaire est de rendre un avis ou procéder à des constatations :

   l'article 962 du Code judiciaire, dispose que *"le juge peut, en vue de la solution d'un litige porté devant lui ou en cas de menace objective et actuelle d'un litige, charger des experts de procéder à des constatations ou de donner un avis d'ordre technique (…)"*. Cependant, le juge n'est point tenu de suivre l'avis de l'expert si sa conviction s'y oppose [10].

   Le rôle de l'expert est déterminé par la mission que lui confie le juge, laquelle est décrite dans le jugement qui le désigne, mais que les parties peuvent décider de commun accord d'élargir.

   L'expert judiciaire est-il tenu d'accepter une mission d'expertise judiciaire ?

   L'expert peut, s'il le souhaite, refuser la mission d'expertise judiciaire pour laquelle il a été désigné. Il n'est ni le mandataire des parties, ni celui du juge qui l'a désigné et il n'exerce pas une fonction judiciaire au sens de l'article 292 du Code judiciaire.

   Les motivations du refus peuvent être diverses : agenda trop chargé pour mener la mission dans des délais raisonnables, intérêt personnel à la contestation, lien familial ou autres avec une des parties, etc.

   L'expert judiciaire dispose de huit jours, après la notification du jugement qui le désigne, pour informer les parties et le juge de son refus de la mission, et de la motivation de sa décision.

   S'il accepte la mission, l'expert doit avant tout éclairer le juge mais aussi, en fin de compte, les parties à un litige sur la réalité et l'étendue du dommage de l'expertisé(e).

   Une expertise est une mesure d'instruction destinée à procéder à des constatations et/ou à donner un avis sur des questions d'ordre technique (essentiellement médicales).

   Ainsi, l'expert va dans un premier temps collecter tous les documents médicaux nécessaires à sa mission sans que l'on puisse lui opposer le secret professionnel.

   Il procèdera ensuite à l'interrogatoire de la victime (anamnèse) en lui faisant passer si nécessaire des examens complémentaires et compléments d'expertise[11]. Les travaux d'expertise ne se limitent cependant pas aux investigations médicales qui n'en constituent que la première étape.

   En raison de la mission qui lui est confiée et qui consiste à aborder toutes les composantes des lésions ou troubles fonctionnels, l'expert en appréciera l'impact sur les activités professionnelles de l'expertisé ainsi que sur les actes essentiels de sa vie quotidienne (activités ménagères, familiales, …).

   En raison de son expérience, qui a précisément mené à sa désignation, l'expert peut également être invité à donner son avis technique quant à la cause du trouble. Son rôle est donc technique, informatif et objectif.

10. Art. 962, al. 3 , C. jud.
11. Pour la distinction entre examen complémentaire et complément d'expertise - voir p.10, *in fine*.

Le rôle de l'expert est d'éclairer le juge sur un point technique et non de dire le droit. Le juge ne peut donc déléguer son pouvoir de juridiction en invitant l'expert à se prononcer sur les aspects juridiques du litige. Ce principe est rappelé régulièrement, tant par la Cour de cassation[12] que par la doctrine.

Il ne doit pas se cantonner dans un rôle passif dans la mesure où un des points de sa mission consiste à concilier les parties (voy. aussi le pt 3 ci-après).

2. D'autre part, il est chargé d'envoyer les convocations aux réunions aux parties par lettre recommandée à la poste et au juge et aux conseils par lettre missive, sauf autre mode autorisé par le juge.

   En cas d'accord de toutes les parties, les reports sont acceptés. Sinon, l'expert notifie sa décision de consentement ou de refus de report au juge, ceci pour éviter les reports systématiques.

   Durant les réunions, il est également amené à noter tout ce qui se dit et est chargé de la rédaction d'un rapport des réunions organisées et de l'expédition en copie de ce rapport et de tout document reçu aux parties, aux conseils et au juge (aux parties défaillantes, l'envoi se fait par lettre recommandée à la poste).

3. La conciliation : l'expert est aussi tenu de tenter de concilier les parties. Ce point fait légalement partie de sa mission, même si le jugement de désignation ne l'a pas prévu. Toutefois, l'absence de tentative de conciliation n'est pas sanctionnée de manière particulière par la loi.

   Si la conciliation aboutit, l'accord des parties doit être constaté par écrit. Les parties peuvent faire entériner l'accord par le juge.

   L'expert adresse au juge un constat de conciliation, les pièces et notes des parties et son état de frais et honoraires (art. 977, § 2, C. jud.). Il fait de même à l'égard des parties et de leur conseil. L'expert doit restituer aux parties les pièces originales de leur dossier. Il est en effet inutile que l'expert ou le tribunal conserve ces documents.

Comment se déroule une expertise judiciaire ?

Avant la première réunion d'expertise, l'expert reçoit, sur requête de la partie la plus diligente, une notification émise par le greffe à laquelle est annexée une copie du jugement ordonnant une expertise judiciaire et lui confiant la mission (art. 965, C. jud.).

Comme on l'a vu dans le point précédent, l'expert peut, à ce stade, refuser la mission. Lorsqu'il estime devoir refuser, l'expert répond à l'avocat de la partie la plus diligente ainsi qu'au juge qui a ordonné l'expertise, en motivant le refus (objet de la mission sortant des compétences de l'expert, incompatibilité avec l'une des parties en cause ou simplement indisponibilité).

12. Cass., 10.11.2006, C.06.0274.N., Larcier, Cass., 2007, n° 134 ; Cass., 15.11.2012, arrêt n° F-20121115-2 (C.11.0579.F) Juridat, 13.12.2013, www.juridat.be.

En fonction du type de procédure et de litige, le déroulement d'une expertise judiciaire peut varier mais on y trouve généralement les étapes suivantes :

- si en droit commun, l'expert organise habituellement une première réunion, dite réunion d'installation, au cours de laquelle il réceptionne les dossiers des parties et écoute leurs arguments respectifs, en assurance maladie-invalidité, il a été convenu avec la plupart des tribunaux du travail que, quand l'INAMI est partie dans un litige, il est renoncé d'office à la réunion d'installation. C'est uniquement dans l'hypothèse d'une demande expresse de l'INAMI qu'une telle réunion pourrait être prévue

- en vertu de l'article 972*bis*, § 1er, alinéa 2, du Code judiciaire, les parties transmettent leur dossier inventorié au moins 8 jours avant la réunion d'installation ou, à défaut, au début des travaux à l'expert afin que celui-ci puisse juger en connaissance de cause du volume, du degré de difficulté, etc. du dossier

- viennent ensuite une ou plusieurs réunions à caractère technique, à l'occasion desquelles l'expert analyse en profondeur les différents composantes du litige. La fixation des réunions est laissée à l'initiative de l'expert et la convocation se fait par lettre recommandée aux parties et pli simple aux avocats (art. 972, § 1er, C. jud.). La loi impose à l'expert de dresser un rapport de chaque réunion et d'en adresser copie aux parties et à leurs conseils ainsi qu'au juge. L'article 974, du Code judiciaire impose aux experts d'adresser au juge, aux parties et aux conseils un rapport intermédiaire tous les six mois, lorsque le délai fixé pour le dépôt du rapport final est supérieur à six mois

- après ces travaux, l'expert envoie son rapport provisoire, contenant ses propres constats (appelé autrefois préliminaires), pour avis au juge, aux parties et à leurs conseils (art. 976, al. 1er , C. jud.). Le mode de communication du rapport n'est pas très claire. Tenant compte de l'article 972*bis*, § 2, al. 2, du Code judiciaire, où il est question de "rapport", on peut considérer que la notification du rapport provisoire peut se faire par courrier ordinaire

- les parties adressent leurs observations sur ce premier rapport dans le délai fixé par l'expert. Ce délai est d'au moins quinze jours. L'expert reçoit les observations des parties et de leurs conseillers techniques avant l'expiration de ce délai. Cependant, il n'est pas tenu compte des observations qu'il reçoit tardivement. Elles peuvent être écartées d'office des débats par le juge[13]

- l'expert dépose son rapport final, répondant point par point aux différents éléments de la mission qui lui a été confiée. Le rapport final est daté et relate la présence des parties lors des travaux, leurs déclarations verbales et leurs réquisitions. Il contient en outre le relevé des documents et des notes remis par les parties aux experts ; il ne peut les reproduire que dans la mesure ou cela est nécessaire à la discussion. Le rapport est, à peine de nullité, signé par l'expert, signature qui est, à peine de nullité, précédée du serment[14]. La minute du rapport ainsi qu'un état de frais et honoraires détaillé de l'expert sont déposés au greffe. Le jour du dépôt du rapport, l'expert envoie, par lettre recommandée à la poste, une copie du rapport et un état de frais et honoraires détaillé aux parties, et, par lettre missive, à leurs conseils [15].

13. Art. 976, C. jud.
14. Le serment est ainsi conçu (art. 978, § 1er, al. 3) :
"Je jure avoir rempli ma mission en honneur et conscience, avec exactitude et probité." ;
ou
"Ik zweer dat ik mijn opdracht in eer en geweten, nauwgezet en eerlijk vervuld heb" ;
ou
"Ich schwore, dass ich den mir erteilten Auftrag auf Ehre und Gewissen, genau und erlich erfüllt habe".
15. Art. 978, C. jud.

La jurisprudence en matière d'expertise judiciaire dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité s'est également développée autour de certaines notions telles que les examens complémentaires et compléments d'expertise. On entend par examens complémentaires, les examens réalisés par d'autres personnes que l'expert, à la demande de ce dernier, ainsi que les examens réalisés suite à un complément d'expertise ordonné par le juge [16].

Selon la Cour du travail de Mons, une mesure d'expertise a pour objet de demander à un ou plusieurs experts de procéder à des constatations ou de donner un avis d'ordre technique sur un objet ou un point particulier que le juge définit. Par contre, un complément d'expertise porte sur un point ou sur l'objet de la mission d'expertise confiée à l'expert afin d'appréhender adéquatement, en levant tout doute ou tout malentendu, le problème et/ou la question médicale faisant l'objet de l'expertise [17].

A contrario, il ne peut être question de complément d'expertise lorsque les constatations ou les avis techniques demandés portent sur un autre point ou sur un autre objet et ce même si le complément d'expertise concerne une même personne ou une même situation. En effet, dans ce sens, comme le relève Ch.-E. CLESSE, "la demande nouvelle ne vise pas à obtenir des éclaircissements ou des renseignements complémentaires sur un point ou une question ayant fait l'objet d'une expertise mais concerne un autre objet ou une autre question qui oblige l'expert à un nouvel examen complet" [18].

Le caractère contradictoire de l'expertise constitue l'une de ses caractéristiques essentielles. En vertu de l'article 973, § 1er, alinéa 1er, du Code judiciaire, le juge doit par ailleurs veiller au respect de ce principe dans toutes les étapes de l'expertise [19]. Une expertise qui n'aurait pas été réalisée de manière contradictoire devrait être écartée comme violant les droit de la défense. Le non respect du principe de contradictoire porte atteinte au droit de la défense et rend le rapport inopposable à la partie victime des irrégularités. A été considéré comme tel :

- lorsque le rapport d'expertise n'a pas été communiqué aux parties, il y a eu non-respect du caractère contradictoire de l'expertise, l'INAMI n'ayant pas eu la possibilité de faire des observations. C'est en effet contraire aux droits de la défense [20]

- l'expert judiciaire n'ayant pas répondu aux remarques formulées par le médecin-inspecteur et n'ayant manifestement pas tenu compte du dispositif de l'arrêt interlocutoire, le rapport d'expertise est incomplet et le caractère contradictoire de l'expertise a été ignoré [21]

- *Contra* : ni l'absence du médecin de l'intéressé à la séance d'expertise, ni l'absence de réaction de ce médecin au cours de la procédure d'expertise ou dans le délai prévu à partir du dépôt des préliminaires ou encore lorsque l'expert a tenté de le joindre, ne peuvent être imputées à l'expert. Ce dernier a, de la sorte, mené une expertise respectant le principe du contradictoire [22].

16. Art. 1er, al. 1er, 3°, d et l'al. 2 de l'A.R. du 14.11.2003 fixant le tarif des honoraires et frais dus aux experts désignés par les juridictions du travail dans le cadre d'expertises médicales concernant les litiges relatifs aux allocations aux handicapés, aux prestations familiales pour travailleurs salariés et travailleurs indépendants, à l'assurance chômage et au régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B., 28.11.2003).
17. C. trav. Mons, 15.02.2012, J.L.M.B., 2012, p. 1497, voir également : C. trav. Turnhout, 20.06.2008, A.R. 07/27856/A, inédit ; Trib. trav. Nivelles, 25.10.2005, R.G. 992/N/1998, inédit.
18. C. trav. Liège, 15.03.2005, J.L.M.B., 2006, p. 221.
19. P.H. DELVAUX, V. CALLEWAERT, G. CRUYSMANS, D. DE CALLATAY, S. DEMARS, J.-L. FAGNART, I. LUTTE, C.-O. RAVACHE, N. SIMAR et J. VAN ROSSUM, "La récusation de l'expert" in La victime, ses droits, ses juges, Bruxelles, Larcier, 2009, pp. 104 et 105 ; C. trav. Mons, 28.05.2015, R.G. 2011/AM/233, inédit.
20. Cass., 08.05.1978, Pas., 1978, I, p. 1023 ; C. trav. Liège, section Namur, 12.01.2006, B.I.-INAMI, 2006/1, p. 50 ; C. trav. Bruxelles, 23.10.2008, B.I.-INAMI, 2009/1, p. 67 ; C. trav. Bruxelles, 24.02.2010, R.G. 2008/AB/51193, inédit ; C. trav. Gand, 17.11.2011, Répertoire de jurisprudence de l'INAMI, rubrique 9.5.2, p. 33.
21. C. trav. Gand, section Gand, 31.01.2011, Répertoire de jurisprudence de l'INAMI, rubrique 9.5.2, p. 26 ; dans le même sens, B. PETIT et R. DE BRIEY, op. cit., p. 246.
22. C. trav. Bruxelles (8e ch.), 05.12.2013, R.G. 2012/AB/840, inédit.

Les droits de la défense ne sont pas respectés lorsque l'expert base ses conclusions essentiellement sur des constatations qu'il a faites de manière non contradictoire. Le rapport ne peut être opposé à la partie adverse, d'autant plus que l'expert a en outre clairement négligé de répondre aux observations de celle-ci [23].

L'article 973, du Code judiciaire énonce que les experts exécutent à leur mission sous le contrôle du juge. Notons à cet égard que l'équilibre entre la liberté de l'expert, qui reste le premier juge de la manière dont il doit effectuer ses travaux, et le pouvoir de contrôle du magistrat, assorti d'un pouvoir d'injonction à l'égard de l'expert, est assez subtil !

La Cour d'appel de Liège [24] a relevé que, sur le plan technique, le juge n'a pas à s'immiscer dans le travail de l'expert en cours d'expertise mais conserve un droit souverain d'appréciation sur le fond de l'expertise lorsque celle-ci est clôturée.

Il n'en va plus ainsi lorsque l'expertise ne se déroule pas normalement. Le juge récupère alors un droit d'intervention en cours d'expertise pour tenter de régler les problèmes. La manière dont ce contrôle doit être exercé est laissée à l'appréciation du juge. La loi du 15 mai 2007 a toutefois mis sur pied un contrôle beaucoup plus strict des activités de l'expert : elle oblige le juge à convoquer l'expert lorsque le délai imparti pour l'exécution de la mission est expiré (art. 974, § 3, C. jud.). Par ailleurs, l'expert est tenu de faire rapport tous les six mois sur l'état d'avancement de ses travaux (art. 974, § 1er, C. jud.). Si l'exécution de l'expertise se heurte à une difficulté, le juge compétent pour régler l'incident est le juge chargé du contrôle de l'expertise, c'est-à-dire le juge qui a ordonné celle-ci.

Le juge n'est pas contraint de suivre l'avis de l'expert. Cependant, la désignation d'un expert a pour objectif d'arbitrer une contestation qui est apparue entre les parties en se référant à l'avis d'une personne particulièrement compétente, indépendante de celles-ci. Le principe même de la mission d'expertise serait compromis si l'avis émis par l'expert désigné par le Tribunal ou la Cour était mis en doute par le seul fait qu'il ne correspond pas à celui du médecin de l'une des parties [25].

De quel pouvoir d'investigation dispose l'expert dans le cadre de sa mission ?

L'expert est en droit de solliciter des parties ou de tiers toutes les informations utiles pour la bonne exécution de sa mission.

Il ne peut tenir des enquêtes au sens des articles 915 et suivants du Code judiciaire mais il peut entendre des témoins de manière informelle, à titre de renseignement. En effet, aucune disposition légale ne s'oppose à ce que le juge, commettant un expert, invite celui-ci à recueillir auprès de tiers des renseignements utiles à l'accomplissement de sa mission dès lors qu'il ne charge point l'expert d'entendre ces tiers en qualité de témoins. Leur audition n'est soumise à aucune règle particulière, dès lors que la procédure d'enquête n'est pas à proprement parler applicable. En particulier, ces témoins ne sont pas entendus sous serment.

L'expert n'est pas investi de l'exercice de la puissance publique. Il ne peut donc exercer aucune contrainte, ni à l'égard des parties, ni à l'égard de tiers. Si une difficulté se produit à cette occasion, il n'y a donc pas d'autre solution que de demander au tribunal d'organiser des enquêtes en bonne et due forme.

23. C. trav. Dendermonde, 10.09.2002, A.R. 54241-59996, Répertoire de jurisprudence de l'INAMI, rubrique 9.5.2., p. 17.
24. Liège, 28.04.1992, J.L.M.B., 1992, p. 726.
25. C. trav. Bruxelles, 03.11.2011, Répertoire de jurisprudence de l'INAMI, rubrique 9.5.3, p. 22 ; C. trav. Brussel, 18.11.2010, Répertoire de jurisprudence de l'INAMI, rubrique 9.5.3, p. 16 ; C. trav. Mons (5e ch.), 28.05.2015, R.G. 2011/AM/233, inédit.

En matière médicale, l'expert ne peut imposer aucun examen ou exploration corporelle qui serait refusé par la personne à examiner [26]. En cette matière, il arrive assez souvent que l'expert se voie opposer le secret professionnel dans la recherche d'informations. Le code de déontologie médicale [27] relève le caractère d'ordre public du secret médical et le fait que le patient ne peut délier le médecin de son obligation au secret. Il prévoit néanmoins une exception en matière d'expertise judiciaire : la communication d'un diagnostic ou de renseignements médicaux peut se faire, dans les limites strictes absolument indispensables, au médecin chargé d'une mission d'expertise judiciaire, lorsque la communication est limitée aux données objectives médicales en relation directe avec le but précis de l'expertise et que le patient a donné son accord [28]. Il appartient au médecin traitant ou au médecin chef de service hospitalier ayant la responsabilité du dossier du malade de décider quels documents il peut communiquer.

La Cour de cassation a décidé à ce propos que le secret médical n'est pas absolu et que le juge est tenu d'examiner à la lumière des éléments spécifiques de la cause si le refus du médecin, invoquant le secret professionnel, de joindre un dossier médical au dossier de la procédure ne détourne pas le secret professionnel de la nécessité sociale justifiant celui-ci [29].

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient jette un jour nouveau sur cette question. En effet, son article 9 consacre le droit du patient à accéder à son dossier médical et à en prendre copie.

Même si la loi ne le dit pas, on peut considérer que le droit de prendre copie du dossier emporte, dans le chef du patient, le droit d'utiliser cette copie en justice, à titre d'instrument de preuve. Il s'ensuit que, pour autant que le patient donne son accord, l'expert judiciaire désigné par le tribunal pourra lui-même avoir accès au dossier médical de la personne concernée.

Dans l'exercice de sa mission, l'expert peut être amené à se prononcer sur certains problèmes techniques très complexes, qui excèdent sa compétence. Le droit pour un expert de recourir à des spécialistes, appelés "sapiteurs", est un principe unanimement affirmé. L'article 972, § 2, du Code judiciaire dispose à cet égard que, lors de la réunion d'installation, devra être discutée l'opportunité de recourir à des conseillers techniques (sapiteurs). La décision revient aux parties en raison de la hauteur des honoraires des sapiteurs qui sont à charge de la ou des parties demanderesses.

La récusation et les autres incidents – Principe de l'indépendance de l'expert

LA RÉCUSATION DE L'EXPERT (ART. 828, C. JUD.)[30]

Une des caractéristiques de l'expert est qu'il doit être impartial et indépendant : il n'est pas soumis à l'autorité du tribunal. Pour rester impartial, il ne peut également avoir d'intérêt personnel dans le litige ou être lié aux parties. Les dispositions du Code judiciaire relatives aux causes de récusation en donnent des exemples.

26. Civ. Bruxelles (réf.), 21.10.1999, J.T., 2001, p.35.
27. https://ordomedic.be/fr/code/contenu/.
28. S. THIELEN, "Le droit de disposition du patient sur les données médicales le concernant et l'administration de la preuve en justice", J.L.M.B., 2002, p. 630.
29. Cass., 20.03.1989, J.T., 1990, p.194 ; Cass., 29.10.1991, Pas., 1992, I, p. 162.
30. P.H. DELVAUX, V. CALLEWAERT, G. CRUYSMANS, D. DE CALLATAY, S. DEMARS, J.-L. FAGNART, I. LUTTE, C.-O. RAVACHE, N. SIMAR et J. VAN ROSSUM, op.cit., pp. 123 - 129.

L'article 828, 2° à 12° du Code judiciaire énonce une série d'hypothèses dans lesquelles l'expert pourrait être embarrassé par un manque d'indépendance : intérêt personnel au litige, lien familial avec l'une des parties, intervention antérieure à un autre titre dans le litige,…

En fait, il s'agit des causes de récusations du juge, qui sont déclarées applicables aux experts par l'article 966 du Code judiciaire. L'énumération figurant à l'article 828 du Code judiciaire est limitative. Cependant, vu le rôle respectif du magistrat et de l'expert dans le procès, certaines causes de récusation n'ont de sens qu'à l'égard des magistrats mais ne sont pas transposables aux experts. Inversement, le fait que beaucoup d'experts exercent une autre activité professionnelle en dehors de leur mission peut induire des situations dans lesquelles leur indépendance pourrait être mise en doute, même si elles ne constituent pas des causes de récusation mentionnées dans le Code judiciaire.

Dans la jurisprudence, deux problèmes particuliers relatifs à l'indépendance de l'expert retiennent l'attention : la connaissance antérieure de la cause et l'inimitié capitale entre l'expert et l'une des parties.

Il s'agit tout d'abord de la connaissance antérieure de la cause (art. 828, 9°, C. jud.). Il a ainsi été jugé que :

- le litige portant sur l'aggravation de l'incapacité de travail est différent de celui qui avait pour objet de fixer la date de consolidation et le taux de l'incapacité permanente éventuelle de la victime : l'expert qui est intervenu dans celle-ci ne peut pas être considéré comme ayant connu précédemment du litige [31]
- le conseil technique d'une partie ne peut plus intervenir comme expert judiciaire dans le même litige [32] ; rien n'empêche par contre l'expert d'intervenir ultérieurement comme conseil technique d'une des parties, après le dépôt du rapport [33]
- le fait qu'une partie ait été antérieurement en litige avec l'expert pour une taxation d'honoraires n'est pas une cause de récusation lorsque ladite procédure en taxation remonte à plus de six mois avant la récusation
- l'expert peut être récusé lorsqu'il a été, avant sa désignation comme expert, consulté par l'une des parties et s'est entretenu avec elle du différend [34]
- le fait pour l'expert d'avoir examiné l'appelant à un moment où le litige n'était pas encore né, ne constitue pas un motif de récusation au sens de l'article 828 et 829 du Code judiciaire. C'est ainsi qu'au regard du motif mentionné à l'article 828, 9°, qui vise l'hypothèse dans laquelle le juge ou l'expert "a donné conseil, plaidé ou écrit sur le différend", on ne peut pas considérer que l'expert a conseillé l'appelant sur le différend [35].

L'autre motif de récusation régulièrement examiné est l'inimitié capitale entre l'expert et l'une des parties (art. 828, 12°, C. Jud.). À ce sujet, il a été jugé que :

- l'inimitié capitale suppose des faits qui révèlent avec netteté et avec un caractère suffisant de gravité qu'il existe chez le juge ou l'expert une véritable haine ou à tout le moins une animosité telle que son jugement sera oblitéré ou faussé

31. C. trav. Mons (4e ch.), 20.10.1993, R.G. 9372.
32. Civ. Liège (Réf.), 18.04.1995, J.T., 1996, p. 67.
33. Cass., 07.12.1999, Pas., 1999, I, p. 1651.
34. Mons, 08.09.2000, R.G.D.C., 2002, p. 409.
35. C. trav. Bruxelles (8e ch.), 11.03.2015, R.G. 2013/AB/1118, inédit.

- une certaine impatience, voire un mouvement d'humeur, manifestés par l'expert à l'égard d'une partie qui empêche le bon déroulement des opérations d'expertise n'est pas considéré comme une inimitié capitale
- la simple crainte que l'expert ne serait pas objectif ne suffit pas à récuser un expert ; l'inimitié capitale suppose des faits manifestes qui démontrent avec une certitude suffisante qu'une personne récusée porte en elle-même une haine ou une animosité telle qu'elle en modifierait ou fausserait son avis
- l'inimitié entre un expert et une partie ou son avocat peut être déduite d'un ensemble de circonstances dont il ressort que la sérénité du traitement de l'affaire est mise en danger ; par son refus persistant de communiquer certaines pièces, l'expert compromet la sérénité dans le traitement de l'affaire et son impartialité peut être mise en doute, de telle sorte qu'il doit être récusé.

De manière plus générale, la question de la suspicion légitime (art. 828, 1°, C. Jud.) revient très souvent [36] :

- le fait que l'expert travaille dans le même hôpital que le médecin traitant d'une des parties n'implique pas un manque d'impartialité de l'expert
- le fait que les honoraires de l'expert soient contestés par une partie ne permet pas de douter de l'impartialité de l'expert
- le fait que l'expert déclare qu'il est d'accord avec une des parties n'est pas un signe de partialité mais signifie que l'expert estime que la position de cette partie est fondée
- lorsque l'expert se plaint, de manière répétée, d'être la cible de reproches d'une des parties, l'expertise ne peut plus se dérouler dans un climat de sérénité suffisant.

Notons que le code de déontologie médicale contient diverses dispositions destinées à garantir l'indépendance du médecin expert [37]. Celui-ci doit refuser l'examen de toute personne avec laquelle il aurait ou aurait eu des relations susceptibles d'influencer sa liberté de jugement. Il ne peut être le médecin traitant de la personne à examiner ou le conseiller d'une partie ou encore avoir examiné cette personne en une autre qualité.

[www] https://ordomedic.be/fr/code/contenu/

Dans un avis du 20 septembre 2014, le Conseil national de l'Ordre des médecins considère qu'une telle suspicion naît inévitablement lorsque l'expert offrant habituellement ses services à l'une des parties - qu'elle soit une compagnie d'assurances, son employeur (par ex. une institution hospitalière), ou toute autre personne (morale ou physique) avec laquelle il existe un courant d'affaires -, se retrouve dans une situation de *dépendance économique*, qu'elle soit directe ou indirecte.

Une *dépendance hiérarchique* peut aussi justifier une telle suspicion. Il en est ainsi lorsque le médecin conseil d'une des parties est, dans l'institution hospitalière où il exerce son art médical, le chef de service de l'expert ou lorsque l'expert et le médecin personnellement mis en cause travaillent dans le même hôpital (J.L. FAGNART, Ethique et médecine d'expertise, *Consilio Manuque*, 2011/4, p.150). En conclusion, le Conseil national considère que, même si l'expert n'émet qu'un avis non contraignant, la force probante que revêt dans la pratique cet avis exige que l'expert fasse preuve d'impartialité et d'objectivité et ne puisse, en raison de sa situation professionnelle et personnelle, susciter une suspicion légitime à son égard. Dans un tel contexte de suspicion, un médecin désigné en qualité d'expert estimerait - à raison - opportun de refuser la mission d'expertise lui ayant été confiée.

36. Bruxelles, 20.11.2014, J.T., 2015/11, n° 6597, pp. 258 - 260 ; Liège (13e ch.), 28.10.2014, J.T., 2015/11, n° 6597, p. 261.
37. Code de déontologie médicale Titre III - Chapitre IV : Médecin-conseil, contrôleur, expert ou fonctionnaire.

AUTRE TYPE D'INCIDENT, LA DEMANDE DE REMPLACEMENT DE L'EXPERT (ART. 979, C. JUD.)

Sur demande d'une des parties, par simple lettre (art. 973, § 2, C. jud.), le juge peut remplacer l'expert qui "ne remplit pas correctement sa mission" (par ex. en cas de faute professionnelle ou de négligence de l'expert [38]). Dans ce cas, le juge décide ou non d'y faire droit (art. 979, § 1er, al. 1er, C. jud.). Il dispose d'un pouvoir d'appréciation souverain à cet égard.

Il faut rappeler que l'article 972, § 2, alinéa 5, du Code judiciaire a expressément prévu que l'absence non justifiée de l'expert lors de la réunion d'installation justifie qu'il soit remplacé d'office.

De même, sur demande conjointe des parties, le juge *doit* remplacer l'expert. L'article 979, § 1er, alinéa 2 dispose que la demande est adressée par lettre missive au juge, lequel statue dans les huit jours sans convocation ou comparution de parties. L'expert n'est donc plus, dans cette hypothèse, appelé à faire valoir son point de vue quant à son remplacement, pas plus que les parties ne sont appelées à justifier leur demande conjointe de remplacement.

Même sans demande des parties, le juge qui estimerait que l'expert n'accomplit pas correctement sa mission pourrait convoquer d'office les parties (et l'expert) et leur faire part de ses constatations (art. 979, § 1er, al. 3, C. jud.). À l'issue du débat, le juge peut ordonner le remplacement de l'expert en notifiant sa décision motivée et en désignant immédiatement un nouvel expert.

Les causes de remplacement les plus fréquemment invoquées sont : le dépassement des délais, en l'absence de demande de prolongation intervenue dans les délais, le manque d'impartialité, la faute professionnelle ou la négligence, l'empêchement (maladie ou décès),…

Cette décision de remplacement est susceptible de faire l'objet d'un appel des parties.

Statuant sur la question du remplacement d'un expert, la Cour du travail, dans un arrêt du 19 décembre 2011, a rappelé que la décision de remplacement n'était pas appelable par l'expert dans la mesure où il n'est pas partie mais auxiliaire de justice (cf. *supra* p.1). L'expert n'a pas d'intérêt personnel.

La procédure concernant le remplacement de l'expert constitue un incident de l'expertise et ne donne pas lieu à une condamnation aux dépens. Si l'expert n'a pas entamé sa mission mais a perçu la provision, celle-ci est intégralement remboursable.

L'expert remplacé a 15 jours pour déposer au greffe les dossiers des parties et son état de frais et honoraires et expédier – le jour du dépôt au greffe – aux parties et à leurs conseils copie de cet état.

Frais et honoraires de l'expert : de la consignation à la taxation

CADRE LÉGAL

Lors de la taxation de l'état de l'expert, l'article 991, § 2, alinéa 3, du Code judiciaire dispose que le juge doit "surtout tenir compte de la rigueur avec laquelle le travail a été exécuté, du respect des délais impartis et de la qualité du travail fourni. Il peut en outre tenir compte de la difficulté et de la durée du travail fourni, de la qualité de l'expert et de la valeur du litige".

38. Civ. Nivelles, 04.11.1997, J.L.M.B., 1998/37, p. 1619 ; Bruxelles (16e ch.), 30.10.2007, J.T., 2008/1, n° 6293, p. 9.

En assurance soins de santé et indemnités, le juge amené à statuer est tenu d'appliquer l'arrêté royal du 14 novembre 2003 fixant le tarif des honoraires et frais dus aux experts désignés par les juridictions du travail dans le cadre d'expertises médicales (M.B., 28.11.2003).

L'article 167, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994 (loi SSI), stipule en effet que :

"Dans les affaires pour lesquelles un expert médical est désigné, les provisions, les honoraires et les frais de cet expert, contenus dans le relevé qu'il établit conformément aux dispositions du Code judiciaire, sont indiqués en appliquant le tarif fixé par le Roi."

En matière de sécurité sociale, le législateur a opté, dans quasi tous les secteurs, pour un système identique à celui du droit pénal, à savoir la barémisation des frais d'expertise. Ce barème est justifié par la constatation que le montant des honoraires et frais, en principe à charge des institutions de sécurité sociale, variait considérablement selon les arrondissements judiciaires, voire suivant les experts au sein d'un même arrondissement. Ainsi, certains experts, s'écartant de la finalité normale d'une expertise, soumettaient l'assuré à une mise au point scientifique complète jusqu'au plus petit détail pathologique, ou encore d'autres déléguaient largement la mission qui leur avait été confiée en demandant de nombreux examens complémentaires à des spécialistes non assermentés [39].

Interrogé sur la limitation des honoraires des experts médicaux dans le cadre de l'assurance maladie, le Ministre des Affaires sociales a rappelé que l'instauration d'un barème uniforme était justifiée par les considérations suivantes :

"[…] on a dû constater non seulement une énorme différence entre les moyennes des différents experts, mais aussi entre les moyennes par tribunal, sans que ces différences puissent être expliquées objectivement. L'instauration d'un barème permettra de supprimer ces différences.

À cela, il faut ajouter qu'en assurance maladie de plus en plus d'expertises sont ordonnées dans le cadre de litiges qui ne concernent pas le droit aux indemnités d'incapacité de travail, mais dans le cadre de litiges qui ont trait à d'autres matières où le montant en jeu est moins important, en manière telle que la crainte d'une expertise coûteuse devient un obstacle à la prise de décisions négatives"[40].

La Cour Constitutionnelle s'est également penchée sur la compatibilité de l'article 167, alinéa 4 de la loi SSI avec l'article 10 et 11 de la Constitution :

"La possibilité légale de dérogation aux critères prévus par l'article 982, alinéa 2, du Code judiciaire, ne peut être en soi incompatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution. La circonstance que les frais d'expertise sont toujours à charge des institutions tenues d'appliquer l'assurance soins de santé et indemnités, sauf en cas de demande téméraire et vexatoire, le fait que les expertises sont assez comparables entre elles et la circonstance qu'avant l'introduction de la législation critiquée, les montants réclamés variaient considérablement, sans raison apparente, d'un expert à l'autre, et d'un arrondissement judiciaire à l'autre, justifient à suffisance que le législateur ait habilité le Roi à procéder à une tarification en la matière. L'article 167, alinéa 4 de la loi SSI ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution [41]".

39. Ch.-E. CLESSE, L'expertise en droit social, Waterloo, Kluwer, 2010, pp. 229-230.
40. *Ibidem.*
41. C.A., 22.12.1999, arrêt n° 137/99 ; C.A., 25.01.2007, arrêt n° 22/2007.

CONSIGNATION

En vertu de l'article 987 du Code judiciaire, le juge peut fixer la provision que chaque partie est tenue de consigner au greffe ou auprès de l'établissement de crédit dont les parties ont convenu, ainsi que le délai dans lequel elle doit satisfaire à cette obligation. Le juge ne peut imposer cette obligation qu'à l'organisme de sécurité sociale qui est condamné aux dépens en vertu de l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire sauf procédure téméraire et vexatoire.

L'expert est averti par les parties du versement de la provision.

Si une partie ne procède pas à la consignation dans le délai imparti, le juge peut en délivrer exécutoire à la demande de la partie la plus diligente à hauteur du montant qu'il fixe et il peut en tirer les conclusions qu'il juge appropriées [42]. La réintroduction d'un exécutoire permet d'optimaliser le contrôle du juge sur l'expertise. On ne peut attendre de l'expert qu'il avance tous les frais sans avoir la moindre certitude quant à sa rémunération ultérieure.

L'expert peut, le cas échéant, suspendre ou reporter l'exécution de sa mission jusqu'à ce qu'il soit informé de la consignation de la provision.

La libération de la provision se fait sur simple demande.

Si l'expert considère que la provision ou que la partie libérée de celle-ci ne suffit pas, il peut demander au juge de consigner une provision supplémentaire ou d'en libérer une plus grande partie.

Par une décision motivée, le juge peut refuser la consignation supplémentaire ou la libération d'une plus grande partie de la provision s'il estime qu'elle n'est pas raisonnablement justifiée [43].

CONTESTATION

Quels peuvent être les motifs d'une contestation relative aux frais et honoraires de l'expert ?

Non respect du barème tel que déterminé par l'arrêté royal du 14 novembre 2003

L'arrêté royal du 14 novembre 2003 fixant le tarif des honoraires et frais dus aux experts désignés par les juridictions du travail dans le cadre d'expertises médicales concernant les litiges relatifs, entre autre, au régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le jour du dépôt de son rapport, l'expert envoie, par lettre recommandée à la poste, une copie du rapport et un état de frais et honoraires détaillé aux parties, et, par lettre missive, à leurs conseils[44]. Son état de frais doit respecter les barèmes fixés dans cet arrêté royal.

La Cour du travail de Liège a récemment précisé que les dispositions de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 sont d'ordre public et il ne peut, dès lors, y être dérogé d'aucune manière. Elles trouvent leur fondement légal dans l'article 167, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994. Les Cours et Tribunaux appliquent unanimement l'arrêté royal du 14 novembre 2003 [45].

42. Art. 989, C. jud.
43. Art. 988, C. jud.
44. Art. 978, § 2, C.jud.
45. C. trav. Liège, division Namur, 21.10.2014, B.I.-INAMI, n° 2014/3-4, pp. 398-400. Voir également Trib. trav. Bruxelles, 21.05.2015, R.G. 06/16809/A, inédit.

Non respect du contradictoire

Comme nous l'avons vu plus haut, le caractère contradictoire constitue l'une des caractéristiques essentielles de la procédure d'expertise.

Quelles peuvent être les conséquences sur les frais et honoraires de l'expert lorsque le rapport est déclaré inopposable ? La jurisprudence admet que l'expert n'a pas droit au paiement de ses honoraires ou du moins qu'il faut en réduire le montant [46].

Dépôt d'un rapport de carence

Lorsque l'intéressé, bien que dûment convoqué, ne s'est pas présenté à la première séance d'expertise, le rapport déposé par l'expert désigné doit être qualifié de rapport de carence. Lorsqu'un rapport de carence est déposé en raison de l'absence du demandeur aux opérations d'expertise, il n'y a pas lieu de taxer des honoraires équivalents à ceux fixés pour la réalisation d'une expertise aboutie [47].

Dans ce cas, l'état de l'expert doit être taxé aux seuls frais administratifs [48].

Par contre, lorsqu'une première séance d'expertise s'est tenue et qu'ensuite l'intéressé s'abstient de transmettre les documents demandés ou de se présenter, il est admis que l'expert a exposé plus que des frais administratifs [49].

Spécialité de l'expert

L'arrêté royal du 14 novembre 2003 prévoit un tarif différent si l'expert a la qualité de psychiatre ou neuropsychiatre. L'expert ne pouvant se prévaloir d'un de ces titres ne pourra pas calculer ses honoraires personnels à ce tarif. Il a été jugé que "étant donné qu'en sa qualité de neurologue, l'expert judiciaire a droit à des honoraires de 380,74 EUR et non à 436,25 EUR, ce montant étant prévu pour ceux qui ont la qualité de neuropsychiatre." [50]

Expertise complémentaire

Conformément à l'article 1er, alinéa 1er, 3°, l'expert ne peut réclamer que les frais pour examens complémentaires ainsi que les frais administratifs pour les examens réalisés par d'autres personnes à sa demande ainsi que les examens réalisés suite à un complément d'expertise ordonné par le juge.

Nomenclature

Outre ses honoraires personnels et les frais administratifs, l'article 1er, alinéa 1er, 3°, a) de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 permet à l'expert de comptabiliser les frais pour des examens médicaux autres que ceux mentionnés. Cependant, ces frais sont fixés selon la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire maladie et invalidité [51]. Concrètement, l'expert mentionnera dans sa note de frais les numéros de nomenclature des examens réalisés.

46. C. trav. Liège, 16.11.2004, R.G. 31490/2003, inédit ; C. trav. Bruxelles, 24.02.2010, R.G. 2008/AB/51193, inédit ; Arbh. Gent, 31.01.2011, A.R. 2004/AG/85, inédit.
47. Trib. trav. Charleroi, 04.01.2010, R.G. 05/64.743/A ; Trib. trav. Nivelles, 21.04.2015, R.G. 11/1425/A, inédit.
48. Trib. trav. Bruxelles, 25.05.2007, R.G. 51083/03, inédit ; Trib. trav. Bruxelles, 23.09.2005, R.G. 67.305/03, inédit ; Trib. trav. Charleroi, 23.07.2003, R.G. 59969, inédit ; Trib. trav. Liège, 02.04.2004, R.G. 323842 ; Trib. trav. Charleroi, 10.05.2005, R.G. 59234, inédit ; Trib. trav. Mons, 19.03.2014, R.G. 12/1126/A, inédit.
49. Ch.-E. CLESSE, op.cit, p.230.
50. Trib. trav. Mons et Charleroi, division Charleroi, 27.10.2014, R.G. 09/3412/A - 10/381/A - 11/903/A, inédit.
51. C. trav. Liège, 19.05.2003, R.G. 6.825/2001, inédit ; C. trav. Mons, 22.11.2002, R.G. 13.718, inédit.

Collège d'experts

S'il l'estime nécessaire, le juge a la possibilité de désigner plusieurs experts. Ceux-ci dressent alors un seul rapport ; ils forment un seul avis à la pluralité des voix. Ils indiquent, en cas d'avis différents, les motifs des divers avis. Le rapport est signé par tous les experts judiciaires.

Si chacun des membres du collège d'experts désigné a droit à des honoraires personnels, il n'y a lieu d'allouer qu'une seule fois les frais vu qu'il n'y a qu'une seule procédure [52]. Les frais administratifs ne doivent pas être multipliés par le nombre d'experts composant le collège étant donné qu'un seul rapport collectif est rendu par le collège.

En vertu de l'article 982, alinéa 3, du Code judicaire : "L'état des frais et honoraires détaillé est collectif s'il y a plusieurs experts judiciaires pour la même cause. Il indique clairement la quote-part de chacun."

Assistance d'un médecin personnel

Lorsque la partie adverse a recours aux lumières d'un conseil technique dans son seul intérêt, l'Institut ne peut pas être condamné à prendre en charge ces frais par application de l'article 1017, alinéa 2 du Code judiciaire.

En effet, l'article 1017 du Code judiciaire prévoit que les dépens sont mis à charge de l'institution de sécurité sociale et l'article 1018 énumère limitativement les dépens recouvrables au sens de l'article 1017. Cependant, les frais relatif au conseil technique ne sont pas repris.

Sur base de l'enseignement des arrêts rendus par la Cour de Cassation [53], il peut être retenu que la prise en charge des frais de conseil technique peut être imposée à la partie qui par sa faute, qu'elle soit contractuelle ou extra contractuelle, a causé un dommage réparable à l'autre partie. Pour justifier une prise en charge de ces frais, la partie adverse devra prouver qu'elle a subit un dommage causé par une faute de l'institution de sécurité sociale, dommage dont les frais de conseil technique constituent un élément.

Le seul fait que le Conseil médical de l'Invalidité n'ait pas apprécié de la même manière que l'expert judiciaire l'état d'incapacité de travail de la partie adverse ne constitue pas une faute au sens de l'article 1382 du Code civil. Il n'y a pas eu un comportement s'analysant en une erreur de conduite appréciée suivant le critère de l'autorité administrative normalement soigneuse et prudente placée dans les mêmes conditions [54].

Le Code judiciaire ne prévoyait au départ pas que la prise en charge du coût de l'intervention d'un conseiller technique rentre dans l'assistance dont peut bénéficier un justiciable qui est en droit de prétendre à l'assistance judiciaire.

Il faudra également vérifier si la partie adverse a bénéficié de l'assistance judiciaire. À la suite de l'arrêt rendu le 26 octobre 2005 par la Cour constitutionnelle [55], alors Cour d'arbitrage, le législateur a modifié les dispositions du Code judiciaire relatives à l'assistance judiciaire en vue d'insérer la possibilité pour les bénéficiaires de l'assistance judiciaire d'obtenir la gratuité, totale ou partielle, de l'assistance d'un conseiller technique lors d'expertises judiciaires (art. 664, 665 et 671).

52. Ch.-E. CLESSE, op. cit., nos 597 et 598, C. trav. Anvers (section Anvers), 23.09.2008, A.R. 2030306, inédit ; C. trav. Turnhout, 10.12.2004, A.R. 24890, inédit ; C. trav. Anvers, 24.12.2004, A.R. 327830, inédit ; Trib. trav. Liège, 28.05.2005, R.G. 319.761, inédit ; C. trav. Louvain, 25.03.2008, A.R. 903/07, inédit.
53. Cass., 02.09.2004, Arr. Cass. 2004, liv. 9, p. 1271 ; Cass., 16.11.2006, Arr. Cass. 2006, liv. 11, p. 2325.
54. Cass., 25.10.2004, J.L.M.B., 2005, liv. 15, p. 638.
55. C.A., 26.10.2015, n° 160/2005, M.B., 11.01.2006.

Les frais des conseillers techniques sont avancés par l'État à la décharge de l'assisté (art. 692*bis*).

Après l'arrêt de la Cour d'arbitrage et avant que le législateur intervienne pour modifier le Code judiciaire, il a été considéré comme judicieux de limiter les frais et honoraires du conseiller technique en les adaptant aux barèmes prévus par l'article 45 de l'arrêté ministériel du 26 septembre 2002 "établissant le taux normal des honoraires des personnes requises en raison de leur art ou profession, en matière répressive".

Cette limitation se justifiait à l'époque parce que le juge auquel le problème était soumis devait combler le manque de précision de la loi en l'interprétant, à la suite de l'arrêt de la Cour d'arbitrage, en ce sens que l'article 692 du Code judiciaire devait nécessairement voir son champ d'application être étendu en vue d'y inclure les frais liés à la défense médicale du justifiable dont les revenus ne permettent pas de faire face à ces frais.

Depuis lors, le législateur a, par la loi du 20 juillet 2006, ajouté aux dispositions concernées l'article 692*bis*, lequel est entré en vigueur le 1er janvier 2007 et prévoit une délégation donnée au Roi afin de déterminer le montant desdits frais et honoraires [56].

Frais de déplacement

L'arrêté royal du 14 novembre 2003 ne contient pas de rubrique relative aux frais de déplacement de l'expert. Il s'avère pourtant que celui-ci sera amené à se déplacer afin d'examiner l'intéressé par exemple lorsque ce dernier est emprisonné ou interné.

Il est cependant admit qu'il échet d'appliquer, dans une telle hypothèse, le tarif relatif aux frais de voyage prévu par le règlement général des dépens en matière pénale qui se rapproche le plus de la réalité [57].

Frais d'expertise en matière de catégories de dépendance (maison de repos)

La Cour du travail de Bruxelles a estimé que "les expertises qui consistent à déterminer le degré de dépendance de plusieurs pensionnaires, bien que distinctes, se déroulent en même temps. Dès lors, les frais sont ramenés à la moitié des frais prévus par l'arrêté royal du 14 novembre 2013 pour chacune des expertises [58]".

La Cour du travail de Liège a rendu un arrêt dans le même sens : "les expertises qui consistent à déterminer le degré de dépendance de plusieurs pensionnaires bien que distinctes se déroulent en même temps. L'expert a donc pu économiser différents frais. Il paraît dès lors raisonnable de fixer ces frais à la moitié du forfait visé par cet arrêté royal [59]".

TAXATION - DÉLAI

En vertu de l'article 991 du Code judiciaire, si, dans les trente jours du dépôt de l'état détaillé au greffe, les parties n'ont pas informé le juge de manière motivée qu'elles contestent le montant des honoraires, et des frais réclamés par l'expert, celui-ci est taxé par le juge au bas de la minute de l'état et il en est délivré exécutoire conformément à l'accord intervenu entre les parties ou contre la ou les parties, ainsi qu'il est prévu pour la consignation de la provision.

56. C. trav. Liège, 10.01.2001, R.G. 2008/AL/35.899, inédit.
57. C. trav. Anvers, 10.11.1998, Chron. D.S., 1999, 3, p.140 ; Ch.-E. CLESSE, op.cit., p. 241.
58. C. trav. Bruxelles, 04.12.2013, B.I.-INAMI, 2013/4, p.421.
59. C. trav. Liège, 12.09.2014, R.G. 2013/AL/74, B.I.-INAMI, 2014/3-4, p. 401.

Si, dans les trente jours, une ou plusieurs parties ont exprimé leur désaccord de manière motivée sur l'état des frais et honoraires, le juge ordonne la comparution des parties afin de procéder à la taxation de frais et honoraires.

Dans la décision finale, ces montants seront taxés comme frais de justice.

S'il n'est pas contesté que le rapport d'expertise contenant les états de frais et honoraires n'a pas été notifié par lettre recommandée conformément à l'article 979, § 2, alinéa 2, du Code judiciaire, alors le délai de 30 jours dans lequel des observations pouvaient être formulées par les parties sur cet état de frais et honoraires n'a pas commencé à courir[60].

Nous rejoignons l'opinion de MOUGENOT D. qui estime que : *"le silence des parties ne peut être considéré comme un accord tacite que s'il n'est susceptible d'aucune autre interprétation, conformément à la jurisprudence habituelle de la Cour de cassation, en matière de renonciations".* [61]

Après la réforme de l'expertise judiciaire par la loi du 15 mai 2007 et les clarifications apportées par la loi du 30 décembre 2009, il faut bien constater que l'expert judiciaire a vu son rôle au centre du dispositif de l'expertise fortement évoluer. De son côté, le magistrat, chargé du contrôle de l'expertise, s'est vu conférer un rôle accru et plus actif ainsi que de nouveaux instruments lui permettant de mieux maîtriser le déroulement de la procédure d'expertise.

Dernier élément en date, après des décennies d'attente, la loi du 10 avril 2014 modifiant diverses dispositions en vue d'établir un registre national des experts judiciaires, met enfin en place un véritable statut des experts judiciaires. La loi clarifie la position de ces acteurs en créant le titre attaché à ces fonctions et en organisant les formations pour y parvenir. À ce titre, la publicité qui sera assurée à ce registre, par son accessibilité en ligne, est une garantie de transparence à l'égard du justiciable.

L'exécution de cette loi nécessite encore de très nombreuses arrêtés royaux d'exécution mais on peut espérer, vu la date limite fixée par le législateur (le premier jour du 24e mois qui suit le mois de la publication), que le registre national des experts judiciaires soit opérationnel au 1er janvier 2017.

@ [www] https://cdn.nimbu.io/s/1jn2gqe/assets/Plan_Justice_18mars_FR.pdf

Dans son récent "Plan Justice", le Ministre de la Justice Koen Geens, a d'ailleurs annoncé que les arrêtés d'exécution de la loi du 10 avril 2014 étaient en préparation, notamment en ce qui concerne la gestion du registre des experts judiciaires qui doit fixer des critères de qualité sur la base desquels des experts judiciaires seront inscrits dans le registre ou supprimés de celui-ci, et sur le code de déontologie des interprètes, traducteurs et interprètes d'écoutes téléphoniques. Acceptons en l'augure...

60. C. trav. Bruxelles, 04.12.2013, B.I.-INAMI, 2013/4, pp. 421-423.
61. D. MOUGENOT et O. MIGNOLET, op.cit, p. 201 et s., n° 39 ; cf. Cass., 17.11.2008, J.T.T., 2009, liv. 1029, p. 72 ; Cass., 28.01.2008, J.T.T., 2008, liv. 1009, p. 239 ; Cass., 15.09.2006, Pas., 2006, liv. 9-10, p.1760 ; Cass., 23.01.2006, J.T.T., 2006, liv. 945, p. 178 ; Cass., 17.11.2005, Arr. Cass. 2005, liv. 11, p. 2285 ; Cass., 25.04.2005, J.T.T. , 2005, liv. 926, p. 381 ; Cass., 13.09.2004, J.L.M.B., 2005, liv. 34, p. 1484 ; Cass., 21.12.2001, Pas., 2001, liv. 12, p. 2204.

Contenu

"Les métiers du droit" 2

Expert judiciaire, profession souvent méconnue et pourtant incontournable dans beaucoup de nos litiges 2

Mais, au fait, qu'est-ce qu'un expert judiciaire ? 3

Qui peut être désigné en tant qu'expert judiciaire et quel est son statut ? 3

Quel est le rôle de l'expert dans le processus judiciaire ? 8

Comment se déroule une expertise judiciaire ? 9

De quel pouvoir d'investigation dispose l'expert dans le cadre de sa mission ? 12

La récusation et les autres incidents – Principe de l'indépendance de l'expert 13

La récusation de l'expert (art. 828, C. jud.) 13

Autre type d'incident, la demande de remplacement de l'expert (art. 979, C. jud.) 16

Frais et honoraires de l'expert : de la consignation à la taxation 16

Cadre légal 16

Consignation 18

Contestation 18

Non respect du barème tel que déterminé par l'arrêté royal du 14 novembre 2003 18

Non respect du contradictoire 19

Dépôt d'un rapport de carence 19

Spécialité de l'expert 19

Expertise complémentaire 19

Nomenclature 19

Collège d'experts 20

Assistance d'un médecin personnel 20

Frais de déplacement 21

Frais d'expertise en matière de catégories de dépendance (maison de repos) 21

Taxation - délai 21

2e Partie
Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités

2e trimestre 2015

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Force probante

L'arrêté royal qui fixe les conditions auxquelles les documents numériques acquièrent force probante pour les hôpitaux entre en vigueur le 21 juin 2015.[1]

Cette force probante est nécessaire pour garantir le bon fonctionnement du secteur des soins de santé. Pour autant que les procédures utilisées dans les hôpitaux respectent les critères fixés, les données stockées, traitées ou communiquées à l'aide d'une technique optique et photographique ainsi que la reproduction de ces données sur papier ou sur tout autre lecteur lisible ont force probante jusqu'à preuve du contraire.

2. La Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament

La Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament a été créée par l'arrêté royal du 12 mai 2014.[2] Le règlement d'ordre intérieur qui organise son fonctionnement a été publié le 5 juin 2015.[3]

3. Conseils techniques

Le règlement d'ordre intérieur du Conseil technique des moyens diagnostiques et matériel de soins est modifié à partir du 23 avril 2015.[4] Celui du Conseil technique pharmaceutique est modifié à partir du 23 avril 2015. [5] Les principales modifications concernent :

- l'utilisation de la voie électronique pour envoyer l'invitation et mettre les notes à disposition
- la fixation des dates de réunion
- la présence des membres
- la confidentialité.

1. A.R. du 10.05.2015 relatif à la force probante des données enregistrées, traitées, communiquées au moyen de techniques photographiques et optiques par les hôpitaux, ainsi qu'à leur reproduction sur papier ou sur tout autre support lisible pour l'application dans les soins de santé , M.B. du 11.06.2015, p. 34097.
2. A.R. du 12.05.2014 portant exécution des art. 25 et suivants de la loi SSI, M.B. du 19.06.2014, p. 46231.
3. A.M. du 22.05.2015 portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament, M.B. du 05.06.2015, p. 32632.
4. A.R. du 03.04.2015 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique des moyens diagnostiques et de matériel de soins, institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI, M.B. du 23.04.2015, p. 23098.
5. A.R. du 03.04.2015 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique pharmaceutique, institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI , M.B. du 23.04.2015, p. 23115.

II. Soins de santé

1. Dispensateurs de soins

a. Praticiens de l'art dentaire

L'accréditation des praticiens de l'art dentaire connaît 2 piliers importants qui sont liés à l'octroi de la prime d'accréditation à partir du 1er juin 2015.[6] Ces conditions existaient déjà auparavant mais elles n'avaient pas de caractère contraignant. Il s'agit de :

- la participation à un service de garde
- l'obligation pour le praticien de l'art dentaire de respecter la réglementation relative à la protection contre le danger des rayonnements ionisants.

b. MRS et MRPA

Les collèges locaux qui sont notamment chargés de vérifier le degré de dépendance des personnes âgées séjournant en maison de repos pour personnes âgées et en maison de repos et de soins sont élargis.[7] Les kinésithérapeutes s'ajoutent aux médecins-conseils et aux praticiens de l'art infirmier.

2. Prestations

a. Attestations de soins donnés

Certaines attestations sont modifiées à partir du 1er juillet 2015.[8] Ces adaptations sont destinées à favoriser la transparence financière des soins de santé.

L'attestation de soins donnés :

- est désormais blanche, quelle que soit la catégorie à laquelle appartient le dispensateur de soins qui délivre l'attestation
- elle comprend toujours un "reçu", même si la prestation est effectuée au nom d'une société
- elle porte le numéro de la BCE (numéro d'inscription auprès de la Banque-carrefour des entreprises)
- le terme "patient" y est utilisé de manière conséquente
- le terme "signature" est utilisé. Le reçu ne doit pas obligatoirement être signé
- il n'y a plus d'exemption pour les petits laboratoires. En effet, même s'ils portent moins de 25.000 EUR en compte par an, ils sont obligés de facturer sur support magnétique
- une adaptation est apportée afin que des praticiens de l'art dentaire puissent aussi prescrire certaines prestations de kinésithérapie.

6. A.R. du 28.04.2015 modifiant, en ce qui concerne l'accréditation des praticiens de l'art dentaire, l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 04.05.2015, p. 24315.
7. A.R. du 24.03.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 13.04.2015, p. 21668.
8. Règlement du 22.06.2015 modifiant le règlement du 28 .07. 2003 portant exécution de l'art. 22, 11° de la loi SSI , M.B. du 30.06.2015, p. 37625.

b. Médecins

CONCERTATION MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

L'arrêté royal qui règle la concertation entre médecins et pharmaciens entre en vigueur le 20 avril 2015.[9]

L'objectif principal de la concertation médico-pharmaceutique est d'améliorer les soins dispensés au patient en harmonisant les rôles du médecin et du pharmacien en vue d'une prescription et d'une délivrance rationnelles des médicaments et d'une utilisation sûre des médicaments. Les médecins hospitaliers et / ou les pharmaciens hospitaliers peuvent aussi être associés à la concertation.

Cette collaboration multidisciplinaire est organisée dans des réunions locales entre médecins et pharmaciens.

Un GLEM et / ou un cercle de médecins généralistes et une association locale de pharmaciens désignent deux responsables qui vont introduire le projet, un médecin et un pharmacien. Ceux-ci envoient à l'INAMI une proposition de concertation médico-pharmaceutique. Le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments est chargé de l'accompagnement de la concertation médico-pharmaceutique :

- un montant de 1.000.000 EUR est mis à disposition pour les programmes de promotion de la qualité proposés par des organisations professionnelles représentatives, des universités, des instituts de formation et des associations scientifiques
- un montant de 980.000 EUR est réparti entre les projets locaux, *à raison* de 2.500 EUR par projet local approuvé
- un montant de 20.000 EUR est réservé aux dix "quality awards" d'un montant de 2.000 EUR chacun attribué aux bonnes pratiques sélectionnées par le Comité d'évaluation.

CHIRURGIE ABDOMINALE

Une règle interprétative prévoit que le traitement chirurgical de l'obstruction de l'intestin grêle par adhésiolyse peut aussi être effectué selon la méthode de Baker plus moderne alors qu'auparavant, seules les méthodes Noble - Childs étaient prévues.[10]

IMAGERIE MÉDICALE

À partir du 1er juin 2015, l'article 17 de la nomenclature relatif à la radiologie prévoit l'enregistrement des appareils CBCT.[11] Il s'agit d'appareils pour les tomographies à faisceau conique assistées par ordinateur. L'enregistrement des appareils est requis pour l'obtention d'une intervention. La prestation elle-même était déjà prévue mais dorénavant, tant les praticiens de l'art dentaire que les stomatologues et les radiologues peuvent utiliser cette technique.

Le formulaire d'enregistrement a également été fixé.[12]

9. A.R. du 03.04.2015 fixant les conditions et les modalités de la mise en oeuvre de la concertation médico-pharmaceutique et modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 20.04.2015 (Éd. 2), p. 22617.
10. Règles interprétatives du 02.02.2015 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 15.04.2015, p. 22155.
11. A.R. du 10.03.2015 modifiant l'article 17, § 1er, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités , M.B. du 02.04.2015, p. 20231.
12. Règlement du 28.04.2015 modifiant le réglement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 28.05.2015, p. 30191.

FORFAIT

L'arrêté royal qui fixe le forfait pour l'incontinence non traitable est précisé.[13] Ceci était nécessaire en raison d'une disparité entre les versions néerlandaise et française.

c. Dentistes

À partir du 1er juillet 2015, un arrêté royal fixe les paramètres pour déterminer le nombre maximal de prestations attestables par les praticiens de l'art dentaire pour une période de référence déterminée.[14] L'objectif est à nouveau d'instaurer un mécanisme antifraude pour s'occuper des praticiens de l'art dentaire qui attestent un nombre exceptionnellement élevé de prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire.

La mesure consiste à fixer des plafonds pour les prestations attestables pendant des périodes données. Un coefficient de pondération P est donc attribué à chaque prestation. Le total des valeurs P par praticien de l'art dentaire ne peut pas être supérieur à :

- 5.000 P pour une période donnée pendant un mois calendrier
- ou 13.000 P pour une période donnée pendant un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1er janvier ou le 1er avril ou le 1er juillet ou le 1er octobre
- ou 46.000 P pour une période donnée pendant une année calendrier.

d. Opticiens

La nouvelle nomenclature des opticiens entrée en vigueur le 1er décembre 2012 devait être corrigée et aussi complétée.[15] Les dispositions suivantes entrent en vigueur à la même date :[16]

- les verres phototropes pour la correction de différentes pathologie entrent en ligne de compte pour un remboursement pour les dioptries allant de plan à 8,00

- il peut y avoir un cumul avec le remboursement des verres de lunettes teintés unifocaux avec absorption prédéterminée et teinte fixe à bas indice de réfraction et antireflet. C'est le cas pour les patients pour lesquels les verres phototropes, qui s'adaptent en fonction de la luminosité à l'intérieur et à l'extérieur, ne conviennent pas. Ces patients doivent pouvoir disposer, pour la correction du même trouble visuel, de verres différents pour l'intérieur et l'extérieur

- le remboursement des verres de lunettes unifocaux est amélioré pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans.

13. A.R. du 03.04.2015 modifiant l'A.R. du 02.06.1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence visé à l'art. 34, 14° de la loi SSI , M.B. du 16.04.2015, p. 22207.
14. A.R. du 12.06.2015 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des art. 5 et 6 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 12.06.2015, p. 34273.
15. A.R. du 30.09.2012 modifiant les art. 30, 30*bis* et 30*ter* de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités , M.B. du 15.10.2012, p. 63011.
16. A.R. du 13.05.2015 modifiant l'art. 30 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.06.2015, p. 32626.

e. Bandagistes

L'intervention pour les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe est étendue à partir du 1er juillet 2015.[17]

Pour les bas du sous-groupe 1 (lymphoedème), le remboursement est aussi accordé en cas de malformation vasculaire congénitale. En outre, un remboursement est ajouté pour les bas pour le genou (AD).

Dans le sous-groupe 2 "affections veineuses chroniques" :

- le remboursement des bas AD est augmenté
- dorénavant, un remboursement est aussi prévu en cas de thrombose veineuse profonde et de syndrome post-thrombotique
- les bas pour la jambe jusqu'à l'aine (bas AG) et les collants (AT) entrent aussi en compte pour une intervention.

La liste des médecins spécialistes qui peuvent prescrire les prestations de l'article 27 est modifiée et adaptée aux dénominations et à la pratique actuelles.

f. Implants et dispositifs médicaux invasifs

FORMULAIRES

Certains formulaires de demande d'une intervention de l'assurance dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs sont modifiés à partir du 1er avril 2015.[18] Les modifications sont les suivantes :

- le formulaire est modifié pour permettre un meilleur traitement des dossiers de remboursement pour un neurostimulateur du nerf vague
- le formulaire d'enregistrement des stimulateurs cardiaques ne doit plus être envoyé au médecin-conseil pour notification, sauf s'il s'agit d'un remplacement. Cette modification entre en vigueur le 1er mai 2015 (au lieu du 01.04.2015)
- à la suite de l'instauration d'un remboursement pour un "Drug-eluting balloon", le formulaire pour les stents coronaires est modifié
- un nouveau formulaire est instauré à la suite de l'ajout de la prestation "cupule pour reconstruction de prothèses de la hanche".

Ces formulaires doivent désormais être envoyés à l'équipe "dossiers individuels" du Service des soins de santé de l'INAMI, à Bruxelles au lieu d'Hasselt.[19]

17. A.R. du 28.04.2015 modifiant l'art. 27 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. M.B. du 11.05.2015 et l' *erratum*, M.B. du 05.06.2015.
18. Règlement du 20.04.2015 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables , M.B. du 29.06.2015, p. 37245.
19. Règlement du 04.05.2015 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables , M.B. du 29.06.2015, p. 37256.

Le 1er avril 2015, le formulaire de demande pour une intervention dans le coût d'un implant cochléaire pour bénéficiaires avec perte auditive bilatérale asymétrique est modifié [20] à la suite de l'ajout de nouvelles prestations dans la nomenclature.

Le 5 janvier 2015, le formulaire pour obtenir des informations sur l'intervention pour prothèses de la hanche et du genou est modifié.[21] Cette modification résulte de la mise en service d'une nouvelle application orthopride.

RÈGLES INTERPRÉTATIVES

Depuis le 1er juillet 2014, une règle interprétative définit la manière de facturer une traction transosseuse.[22] Si la traction dure moins de 30 jours, la broche transosseuse ne correspond plus à la définition de dispositif implantable et elle n'est pas remboursée.

À partir de cette même date, une règle interprétative détermine les conditions auxquelles une lentille intraoculaire multifocale entre en considération pour un remboursement.[23] Si la lentille intraoculaire est une lentille torique et qu'elle figure sur la liste nominative, elle entre en considération pour un remboursement. Le libellé "lentille intraoculaire" fait référence à une lentille intraoculaire monofocale. Une lentille intraoculaire multifocale ne correspond pas à ce libellé et donc pas à ces prestations non plus.

Le 1er avril 2015, 3 règles interprétatives pour la neurochirurgie sont entrées en vigueur. [24] Les règles interprétatives concrétisent les mesures d'économie imposées. Elles concernent le syndrome de douleur locale complexe (CRPS), la céphalée en grappes (cluster headache) et la stimulation d'un ganglion de racine dorsale (DRG).

4 règles interprétatives précisent ce qui suit [25] :

- les situations dans lesquelles une électrode pour stimulation médullaire peut être attestée (à partir du 01.04.2015)
- les cas où un remboursement est prévu pour une tige allongeable/extensible sans réintervention liée à la croissance et utilisée en cas de scoliose (à partir du 01.04.2015)
- la possibilité de remplacement d'un neurostimulateur en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs (à partir du 01.12.2014)
- les situations dans lesquelles un filet biologique peut être facturé (à partir du 01.07.2014).

g. Acousticiens

2 modifications concernant la nomenclature des acousticiens entrent en vigueur le 1er août 2015.[26]

20. Règlement du 16.03.2015 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 21.04.2015, p. 22787.
21. Règlement du 16.03.2015 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables , M.B. du 21.04.2015, p. 22804.
22. Règle interprétative du 23.02.2015 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 05.06.2015, p. 32709.
23. Règle interprétative du 16.03.2015 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 05.06.2015, p. 32709.
24. Règle interprétative du 04.05.2015 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 27.05.2015, p. 30102.
25. Règle interprétative du 04.05.2015 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 27.05.2015, p. 30100.
26. A.R. du 26.05.2015 modifiant l'art. 31 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.06.2015, p. 32629.

La première modification prévoit une intervention complémentaire de l'assurance pour une adaptation CROS/BICROS. Lors de l'adaptation CROS (Controlateral Routing of Offside Signals), le son est capté (via un microphone) au niveau de l'oreille qui ne peut plus être appareillée et est transféré à la meilleure oreille. Si la meilleure oreille fonctionne également moins bien, le son peut aussi être capté de ce côté-là via un deuxième microphone. On parle alors d'adaptation BICROS.

La deuxième modification concerne une extension du remboursement pour les malentendants qui ne répondent pas à la règle générale de remboursement (perte auditive de 40 dB minimum) mais qui ont cependant un problème notable de compréhension dans le bruit parasite et ont, par conséquent, des limitations graves dans leur fonctionnement quotidien sans appareillage adapté. Pour veiller à ce que ce groupe puisse continuer à s'intégrer dans la société, les règles d'exception (perte auditive de moins de 40 dB) sont étendues aux personnes de moins de 65 ans qui éprouvent une difficulté au test vocal dans le bruit de plus de 3 dB par rapport à la norme, de façon à ce que ces personnes puissent bénéficier du remboursement d'un appareillage auditif. Les tests à réaliser pour démontrer la plus-value de l'appareillage sont également précisés.

h. Établissements et services de soins

CENTRES DE DIALYSE

Pour encourager les dialyses rénales dans un contexte extra-muros, les tarifs de la dialyse ambulatoire diminuent à partir du 1er juillet 2015. [27] L'objectif est de réduire la différence avec les formes alternatives de dialyse en termes de financement. Concrètement, il s'agit d'une diminution de 10,05 % du 1er juillet 2015 au 31 septembre 2015 et d'une diminution linéaire de 3,35 % à partir du 1er octobre 2015.

LA FACTURE PATIENT POUR LES HÔPITAUX

Les modèles de facture patient pour les hôpitaux changent à partir du 1er janvier 2016 [28]. La principale nouveauté est le dédoublement de la facture en 2 modèles :

- un modèle de facture d'application tant pour les admissions avec nuitée que pour l'hôpital de jour
- un deuxième modèle de facture d'application pour les prestations ambulatoires effectuées en hôpital et facturées via le tiers payant.

La facture peut être remise au patient par voie électronique si ce dernier a explicitement marqué sa préférence pour cette option.

Les autres modifications peuvent être résumées comme suit :

- la facture détaillée pour hospitalisation (de jour) est précédée d'un résumé
- les frais forfaitaires par admission et par jour ont été regroupés dans une nouvelle rubrique
- les signes "moins" ont été éliminés le plus possible de la facture
- la facture a déjà été adaptée à la modification législative prévue qui limite aux chambres individuelles les suppléments d'honoraires en hôpital de jour. Par conséquent, le statut du médecin (conventionné, non conventionné ou partiellement conventionné) n'est plus mentionné sur la facture

27. A.R. du 16.06.2015 modifiant l'A.R. du 23.06.2003 portant exécution de l'art. 71*bis*, §§1 et 2 de la loi SSI, M.B. du 25.06.2015, p. 36783.
28. Règlement du 21.05.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11° de la loi SSI, M.B. du 17.06.2015 (Ed. 2), p. 35011.

- une rubrique a été ajoutée pour les prestations auxquelles la TVA s'applique
- dans les totaux, une ligne a été ajoutée pour les montants qui "ont été payés à l'hôpital par un tiers", par exemple une assurance hospitalisation privée, le Fonds des accidents de travail, le Fonds des maladies professionnelles, ... Ce tiers doit être spécifié à cet endroit.

Le numéro BCE de l'hôpital ou de la personnalité juridique du Conseil médical a été ajouté sur les modèles de facture des hôpitaux aux organismes assureurs, et du Conseil médical aux organismes assureurs et au patient.

i. MRS et MRPA

Le 15 août 2013, un appel à projet a été lancé en vue d'élaborer une nouvelle politique de médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos pour personnes âgées.[29] Ces projets de soutien à la concertation multidisciplinaire dans le cadre de la politique médico-pharmaceutique continuent d'être soutenus, moyennant les modifications suivantes :

- l'indemnisation des frais liés à la concertation et à l'enregistrement des données s'élève à 15.180,2 EUR par projet. Le montant est réparti sur 3 ans
- les frais de démarrage s'élèvent à 1.500 EUR par projet
- l'intervention pour participation aux groupes de travail s'élève à 60 EUR par heure, avec un budget maximum de 8.000 EUR par projet
- l'équipe de recherche universitaire bénéficie d'une intervention de 750.130 EUR pour le soutien apporté. Ce montant est réparti sur 3 ans.

j. Spécialités pharmaceutiques

PAIEMENT AU COMPTANT DES PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES

Le document "paiement au comptant" est modifié à partir du 1er janvier 2015.[30] Il était nécessaire de le faire étant donné qu'il était toujours question de la carte SIS, alors que le document renvoie actuellement au réseau MyCarenet.

PRÉPARATIONS MAGISTRALES

Les conditions d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés sont modifiées à partir du 1er juillet 2015 :

- l'inscription de la minocycline dans la liste des matières premières remboursables est régularisée
- la liste des bandes de crêpe, des compresses de gaze et des compresses stériles est étendue
- les modalités de prescription des préparations magistrales sont améliorées étant donné que le remboursement est lié à l'inscription de la préparation dans un ouvrage officiellement reconnu
- les préparations magistrales dans lesquelles sont incorporées des spécialités pharmaceutiques à libération modifiée ne sont plus remboursées.

29. B.I. 2013/4, p. 398 - A.R. du 11.07.2013 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance soins de santé peut conclure des conventions, en application de l'art. 56, § 2, al. 1er, 3°, de la loi SSI, pour la prise en charge des coûts de projets destinés à soutenir une concertation multidisciplinaire dans le cadre d'une politique de soins médico-pharmaceutique dans les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins, M.B. du 31.07.2013, p. 47886.
30. Règlement du 20.04.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI , M.B. du 04.05.2015, p. 24316.

PRODUITS RADIOPHARMACEUTIQUES

Les nouvelles modalités de remboursement pour les spécialités radiopharmaceutiques ont été publiées en 2014.[31] Le nouveau système de remboursement entre en vigueur le 1er juin 2015 [32]. Cette nouvelle procédure de remboursement est basée sur un système de remboursement comparable à celui des spécialités pharmaceutiques.

La première phase prévoyait qu'à partir du 1er juin 2014, les firmes pouvaient envoyer une liste de tous les produits radiopharmaceutiques déjà remboursables pour lesquels elles sont responsables de la mise sur le marché.

La liste des produits radiopharmaceutiques remboursables a été établie sur la base de ces données et publiée au Moniteur belge du 29 mai 2015.

III. Indemnités

1. Apprentis

Le 1er juillet 2015, un statut de sécurité sociale uniforme est instauré pour les systèmes de formation en alternance, avec utilisation d'une définition uniforme de la notion d' "apprenti".

Tous les apprentis correspondant à cette définition uniforme sont traités de la même manière dans le cadre de l'assujettissement à la sécurité sociale. Le système de cotisations sera identique et il ouvrira des droits de la même façon dans les différents secteurs de la sécurité sociale. Concernant plus spécifiquement l'assurance indemnités et maternité des travailleurs salariés, l'apprenti paie les cotisations de sécurité sociale nécessaires à partir du 1er janvier de l'année civile au cours de laquelle il a dix-neuf ans. Le paiement de cotisations lui permet de bénéficier d'indemnités. Il est vrai qu'auparavant, l'apprenti avait d'ailleurs aussi déjà la qualité de bénéficiaire d'indemnités sans payer de cotisations.[33]

Dans la foulée de l'uniformisation du statut de sécurité sociale, le mode de calcul des indemnités est uniformisé. Les indemnités sont toujours calculées sur la base de la rémunération (indemnité d'apprentissage) que l'intéressé reçoit dans le cadre de l'exécution d'un contrat de formation en alternance. Ce mode de calcul uniforme a une incidence sur le calcul des indemnités pour les apprentis industriels avec charge de famille en cas d'incapacité de travail.[34] Auparavant, ils pouvaient prétendre à une indemnité égale au montant de leur indemnité d'apprentissage (et pas à une indemnité s'élevant à 60 % de l'indemnité d'apprentissage comme pour les apprentis industriels sans charge de famille et les autres apprentis).

31. A.R. du 22.05.2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques , M.B. du 28.05.2014 (Ed. 2), p. 41669 et l'addendum, M.B. du 23.06.2014, p. 47340.
32. A.R. du 26.05.2015 modifiant l'A.R. du 22.05.2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques afin d'y introduire la liste des produits radio-pharmaceutiques remboursables, M.B. du 29.05.2015, p. 30322.
33. Cf. également B.I. 2014/3-4, p. 389.
34. Réglement du 29.04.2015 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI , M.B. du 15.06.2015, p. 34510.

2. Congé de maternité converti

Le congé de maternité peut à certaines conditions être converti en cas de décès ou d'hospitalisation de la mère.

À partir du 28 juillet 2014, les dispositions applicables sont modifiées dans le sens où désormais, ce n'est plus seulement le père qui peut prendre ce congé mais aussi le coparent, via une règle de rang bien précise, à condition que la filiation ne soit pas établie du côté paternel.[35] Cette adaptation de la réglementation est plutôt formelle.

3. Suppression du *jour de carence*

La loi du 26 décembre 2013 a entraîné la suppression du *jour de carence* en droit du travail[36]. Ce *jour de carence* impliquait que pour les ouvriers et certains employés, l'employeur ne devait payer aucun salaire garanti pour le premier jour ouvrable d'une période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident si cette période d'incapacité de travail durait moins de quatorze jours calendaires. La Cour constitutionnelle a toutefois jugé ce *jour de carence* anticonstitutionnel à cause de la distinction discriminatoire faite entre ouvriers et employés.

À la suite de la suppression du *jour de carence* en droit du travail, le *jour de carence* en droit de la sécurité sociale - plus précisément le premier jour ouvrable d'une période d'incapacité de travail primaire - est également supprimé depuis le 27 avril 2015.[37] Par conséquent, l'assuré(e) peut toujours prétendre à des indemnités dès le premier jour d'incapacité de travail. Ces indemnités ne sont bien entendu pas octroyées si ce jour est déjà couvert par le salaire garanti.

4. Réinsertion socioprofessionnelle du titulaire indépendant en incapacité de travail

Le triple système d'activité autorisée en période d'incapacité de travail est transformé en double système d'activité autorisée à dater du 1er juillet 2015.[38] Dans ce double système, une distinction claire est faite entre, d'une part, l'activité autorisée exercée expressément en vue d'une réinsertion complète et, d'autre part, l'activité autorisée exercée par le travailleur indépendant en incapacité de travail sans objectif de réinsertion complète. L'activité doit toujours être compatible avec l'état de santé général. Le médecin-conseil de la mutualité est le seul compétent pour délivrer l'autorisation. Dans ce nouveau système aussi, l'assuré(e) ne peut exercer l'activité qu'après avoir reçu l'autorisation du médecin-conseil (pas de suppression du caractère préalable de l'autorisation comme dans le système des travailleurs salariés).

35. A.R. du 11.06.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 26.06.2015, p. 37015.
36. Loi du 26.12.2013 concernant l'introduction d'un statut unique entre ouvriers et employés en ce qui concerne les délais de préavis et le jour de carence ainsi que de mesures d'accompagnement , M.B. du 31.12.2013, p. 104147.
37. Loi du 23.04.2015 concernant la promotion de l'emploi , M.B. du 27.04.2015, p. 23400 (en particulier art. 17); Réglement du 25.02.2015 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI, M.B. du 11.05.2015, p. 25445.
38. A.R. du 11.06.2015 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants , M.B.. du 23.06.2015, p. 36381.

a. Une autorisation préalable en vue de la réinsertion complète du titulaire (l'autorisation "art. 23")

Si une réinsertion complète du titulaire est plausible, le médecin-conseil peut accorder l'autorisation préalable d'exercer n'importe quelle activité pendant maximum 6 mois. L'exercice de l'ancienne activité indépendante ou d'une autre activité professionnelle indépendante est donc possible. Cette autorisation peut également être accordée pour l'exercice d'une activité comme travailleur salarié. Cette autorisation peut être prolongée jusqu'à maximum 18 mois.

b. Une autorisation préalable qui ne vise pas la réinsertion complète du titulaire (l'autorisation "art. 23*bis*")

Si une réinsertion complète du titulaire n'est pas (ou plus) possible, le médecin-conseil peut accorder l'autorisation d'exercer n'importe quelle activité. L'exercice de l'ancienne activité indépendante ou d'une autre activité professionnelle indépendante est donc possible. Cette autorisation peut également être accordée pour l'exercice d'une activité comme travailleur salarié. Il n'y a pas de durée maximale précise. Le médecin-conseil doit toutefois contrôler l'incapacité de travail du titulaire à l'aide d'un examen médical à effectuer au moins tous les six mois, à moins que les éléments présents dans le dossier médical justifient un examen à une date ultérieure.

Des mesures transitoires spécifiques sont prévues pour les titulaires qui, au moment de l'entrée en vigueur de la réforme, exercent déjà une activité autorisée. L'autorisation d'exercer une activité délivrée en vertu de l'ancienne réglementation est convertie de plein droit en nouvelle autorisation conformément au double système afin que la réforme puisse avoir un effet immédiat sur tous les titulaires et que la transparence nécessaire soit garantie. En outre, en ce qui concerne le délai maximum de 18 mois pour lequel le médecin-conseil peut accorder l'autorisation "article 23", il faut tenir compte de la période qui avant l'entrée en vigueur de la réforme était déjà couverte par l'autorisation pour une reprise de travail en vue d'une réinsertion complète. Le titulaire qui, avant l'entrée en vigueur de la réforme, a déjà exercé une activité autorisée autre que l'ancienne activité en tant qu'indépendant pourra, après l'entrée en vigueur de la réforme, exercer cette autre activité pendant 18 mois maximum (au lieu de douze mois) en vue d'une réinsertion complète.

Les règles en matière de cumul des indemnités d'incapacité de travail et des revenus professionnels issus de l'activité autorisée sont en outre entièrement ancrées dans la réglementation de l'assurance indemnités. Il n'y a donc plus de référence à la réglementation en matière de pensions pour les travailleurs indépendants.

5. Adaptations hors index (notamment les liaisons au bien-être) dans les deux systèmes

a. Au 1er avril 2015[39]

Le montant du salaire maximum pris en considération pour le calcul des indemnités des travailleurs salariés en incapacité de travail est augmenté de 1,25 % à partir du 1er avril 2015. À partir de cette date, ce plafond ne s'appliquera qu'aux nouveaux cas d'incapacité de travail primaire, d'invalidité et de maternité. [40]

39. Adaptation hors index au 01.04.2015 du montant de certaines prestations sociales, M.B. du 20.05.2015, p. 26878.
40. A.R. du 28.04.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 13.05.2015, p. 25852.

Le montant forfaitaire des indemnités d'incapacité de travail primaire et des indemnités d'invalidité (sans cessation d'activité) pour un titulaire indépendant avec charge de famille et un titulaire indépendant sans charge de famille - isolé est lié au montant applicable pour la pension minimale pour un travailleur indépendant avec carrière complète. Le 1er avril 2015, le montant de la pension minimale pour un travailleur indépendant isolé augmente de 10 EUR si bien que les indemnités d'incapacité de travail primaire et les indemnités d'invalidité (sans cessation d'activité) pour un travailleur indépendant sans charge de famille - indépendant augmentent également.[41]

b. Au 1er mai 2015[42]

La prime de rattrapage forfaitaire versée aux titulaires invalides dont la durée d'incapacité de travail a atteint deux ans au moins au 31 décembre de l'année civile précédente est augmentée de 160 EUR. Cette mesure sera appliquée pour la première fois en mai 2015. Le montant non indexé de cette prime s'élève à 354,7482 EUR (indice-pivot 103,14 - base 1996 = 100).[43]

c. Au 1er septembre 2015[44]

Au 1er septembre 2015, les pensions minimales (pour personnes avec charge de famille et personnes isolées) sont augmentées de 2 %. À la suite de la liaison des indemnités minimales pour travailleur régulier (pour un titulaire avec charge de famille et un titulaire sans charge de famille - isolé) aux pensions minimales, ces indemnités minimales augmentent également de 2 %. Les indemnités minimales pour un titulaire sans charge de famille - cohabitant sont également augmentées de 2 %.

Au 1er septembre 2015, les montants des indemnités minimales pour les travailleurs non réguliers sont également augmentés de 2 % en raison de l'augmentation à concurrence du même pourcentage du revenu d'intégration. Ces minima sont en effet liés au revenu d'intégration.

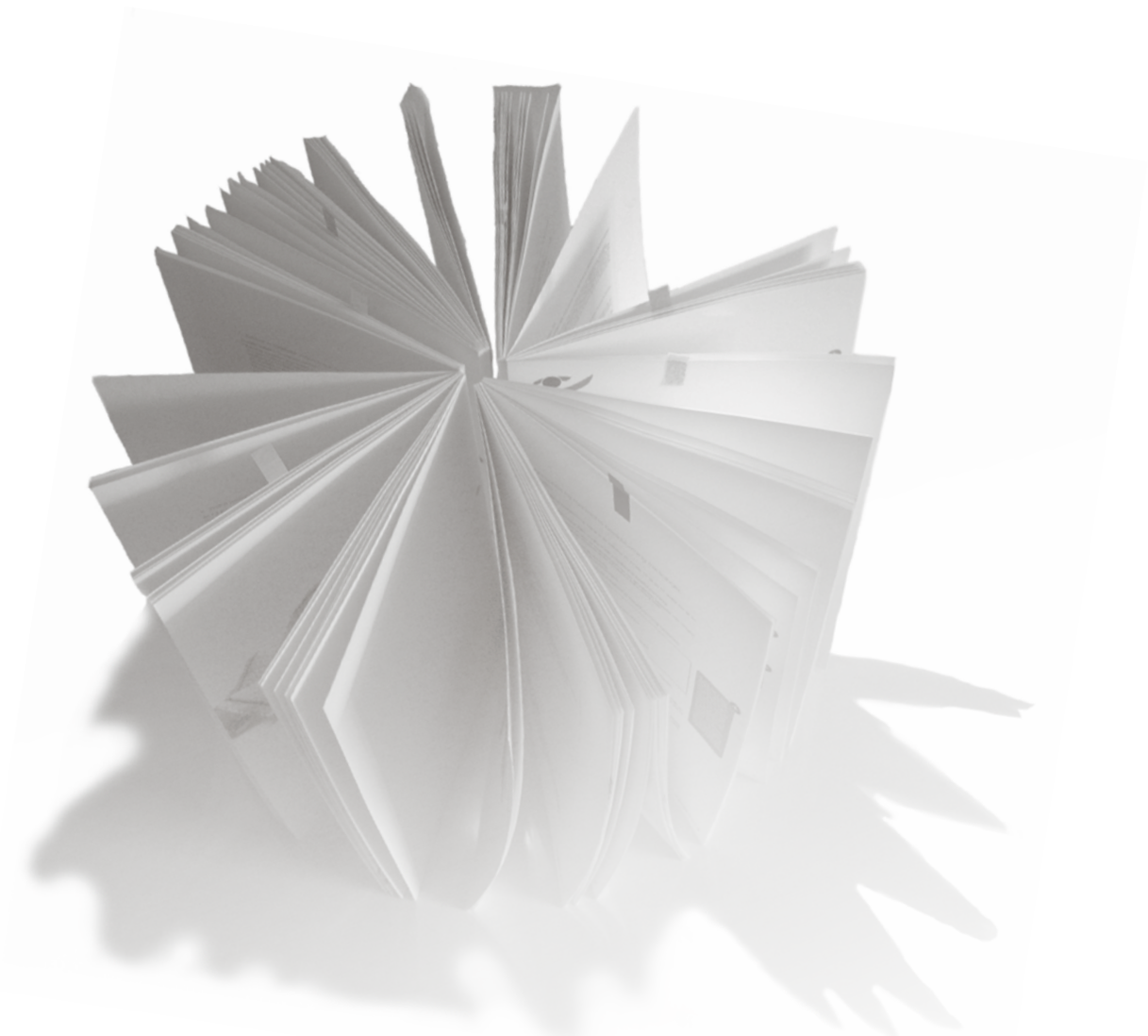
Les indemnités d'invalidité des titulaires dont la durée de maladie atteint six ans en 2015 seront revalorisées de 2 % à partir du 1er septembre 2015. En 2015, cela concernera donc les invalides dont l'incapacité de travail a commencé entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2009 inclus. Cette mesure récurrente a pour effet que chaque titulaire en maladie depuis six ans bénéficie d'une liaison au bien-être supplémentaire de 2 %. Cette revalorisation ne s'applique toutefois pas aux minima.

d. Au 1er janvier 2016

Les indemnités d'invalidité des titulaires dont la durée de maladie atteint six ans en 2016 seront revalorisées de 2 % à partir du 1er janvier 2016. En 2016, il s'agit donc des invalides dont l'incapacité de travail a commencé entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2010 inclus. Cette mesure a pour effet que chaque titulaire en maladie depuis 6 ans bénéficie d'une liaison au bien-être supplémentaire de 2 %. Cette revalorisation ne s'applique toutefois pas aux minima.[45]

41. A.R. du 27.03.2015 modifiant les art. 131*bis*, § 1er*septies* et 131*ter*, § 1er, de la loi du 15 mai 1984 portant mesures d'harmonisation dans les régimes de pensions M.B. du 02.04.2015, p. 20232.
42. Adaptation hors index au 01.05.2015 du montant de certaines prestations sociales, M.B. du 03.06.2015, p. 31504.
43. A.R.. du 28.04.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 13.05.2015, p. 25851.
44. A.R.. du 28.04.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 13.05.2015, p. 25852.
45. A.R.. du 28.04.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 13.05.2015, p. 25852.

3e Partie
Jurisprudence



I. Cour constitutionnelle, 18 juin 2015

Constitution, articles 170 et 172 - Principe de l'égalité et de légalité de l'impôt
Loi du 15 décembre 2013, articles 33, § 1er, 3°, 4°, 9° et 10°, et § 2, 34 et 46 - notion de distributeur et détaillant de dispositifs médicaux
Loi-programme (I) du 26 décembre 2013, article 41 - Contribution compensatoire

La nature des contributions contestées

Les impôts servent à couvrir les dépenses générales d'intérêt public tandis que les cotisations de sécurité sociale sont exclusivement affectées au financement de régimes d'allocations de remplacement ou de complément des revenus de travail. Les contributions attaquées sont des impôts étant donné qu'elles constituent des prélèvements imposés d'autorité par l'État. Leur prélèvement ne fait pas naître de droits complémentaires sur le plan de la sécurité sociale. Elles peuvent dès lors être contrôlées au regard des articles 170 et 172 de la Constitution.

La notion de distributeur et détaillant de dispositifs médicaux

Une personne physique ou morale doit être qualifiée de "distributeur" ou de "détaillant" en fonction de l'activité qu'elle exerce et des destinataires des dispositifs médicaux qu'elle fournit : si une personne met des dispositifs médicaux à la disposition de détaillants ou d'utilisateurs finaux, elle est qualifiée de distributeur; si elle fournit des dispositifs médicaux à des consommateurs c'est-à-dire des personnes qui acquièrent ou utilisent les dispositifs médicaux exclusivement à des fins non professionnelles, elle est qualifiée de détaillant. Une personne peut donc avoir la qualité de distributeur et de détaillant, en fonction de l'activité exercée.

Les dispositions sont précises, univoques et claires et satisfonts donc aux exigences imposées par le principe de légalité en matière fiscale.

La contribution au financement

L'absence d'une obligation d'enregistrement pour les fabricants de dispositifs médicaux et l'absence d'autorisation dans le secteur des dispositifs médicaux justifient que la contribution au financement des missions de contrôle excercées par l'AFPMS ne soit pas identique. La contribution du distributeur est calculée sur le chiffre d'affaires des dispositifs médicaux aussi bien remboursables que non remboursables. En effet, cette contribution compensatoire poursuit un objectif purement financier à savoir le financement de l'assurance maladie invalidité alors que la contribution compensatoire relative aux médicaments vise uniquement à lutter contre les dépenses inutiles de l'assurance maladie c'est pourquoi elle est calculée sur uniquement le chiffre d'affaires se rapportant aux médicaments remboursables.

Arrêt n° 92/2015

...

I. Objet du recours et procédure

Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 20 juin 2014 et parvenue au greffe le 23 juin 2014, un recours en annulation des articles 33, § 1er, 3°, 4°, 9° et 10°, et § 2, 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013 en matière de dispositifs médicaux (publiée au M.B. du 20.12. 2013, 5e éd.) et de l'article 41 de la loi-programme (I) du 26 décembre 2013 (publiée au M.B. du 31.12.2013, 2e éd.) a été introduit.

- B -

…

Quant aux dispositions attaquées

B.1. Les parties requérantes demandent l'annulation des articles 33, § 1er, 3°, 4°, 9° et 10°, et § 2, 34 et 46, de la loi du 15 décembre 2013 en matière de dispositifs médicaux (ci-après : la loi du 15.12.2013) et l'annulation de l'article 41 de la loi-programme (I) du 26 décembre 2013.

B.2. Les articles 33, 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013 figurent dans le titre 3 de cette loi, intitulé "Contribution au financement du contrôle des dispositifs médicaux et traçabilité". Ce titre instaure deux contributions à charge des distributeurs de dispositifs médicaux.

B.3. L'article 33, § 1er, 3°, 4°, 9° et 10°, et § 2, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013 dispose :

" Article 33, § 1er. Pour l'application du présent titre, l'on entend par :

[...]

3° "distributeur" : toute personne physique ou morale, à l'exception du détaillant, établie dans l'Union européenne, qui met à disposition des détaillants ou des utilisateurs finaux des dispositifs;

4° "détaillant" : toute personne physique ou morale qui fournit des dispositifs à des consommateurs, à savoir toute personne physique qui acquiert ou utilise des dispositifs exclusivement à des fins non professionnelles;

[...]

9° "chiffre d'affaires de dispositifs médicaux" : chiffre d'affaires tel que défini en vertu de l'article 92 du Code des sociétés mais limité à la partie relative à la vente et à la mise à disposition de dispositifs médicaux tels que visés au 11°, y compris des dispositifs médicaux tels que visés aux 13° et 15°, de détaillants et utilisateurs finaux en Belgique;

10° "chiffres d'affaires total" : dernier chiffre d'affaires connu réalisé par l'entreprise au cours d'une période imposable qui précède l'année de cotisation telle que cette période est définie en matière d'impôts sur les revenus;

[...].

§ 2. Les personnes physiques ou morales suivantes sont de plein droit détaillantes pour l'application du présent titre :

1° les officines pharmaceutiques autorisées;

2° les audiologues et audiciens pour les livraisons à des utilisateurs finaux sur la base des prestations techniques qui peuvent être effectuées par les audiologues et audiciens en application de l'article 23, § 1er, alinéa 1er, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé;

3° les bandagistes, orthésistes et prothésistes pour les livraisons aux utilisateurs finaux sur la base des prestations techniques qui peuvent être effectuées par les bandagistes en application de l'article 23, § 1er, alinéa 1er, du même arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967;

4° les opticiens pour les livraisons aux utilisateurs finaux d'articles destinés à la correction ou à la compensation de la vision de l'être humain, et d'yeux artificiels".

B.4.1. L'article 34, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013, tel qu'il était d'application au moment de l'introduction du présent recours en annulation et avant sa modification par la loi-programme du 19 décembre 2014, disposait:

"Les distributeurs sont redevables d'une contribution annuelle de 0,29438 % sur leur chiffre d'affaires de dispositifs médicaux réalisé l'année civile précédente sur le marché belge. Cette contribution ne peut être inférieure à 500 EUR.

La contribution minimale visée à l'alinéa 1er est adaptée annuellement, en fonction de l'indice du mois de septembre, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation. L'indice de départ est celui du mois de septembre précédant la publication de la présente loi au Moniteur belge. Les montants indexés sont publiés au Moniteur belge et sont exigibles à partir du 1er janvier de l'année qui suit celle durant laquelle l'adaptation a été effectuée".

B.4.2. D'après les travaux préparatoires, la contribution visée par cette disposition tend à contribuer au financement du contrôle du marché, exercé par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (ci-après dénommée: l'AFMPS). La contribution constituerait plus spécifiquement la participation financière indispensable du secteur, d'une part, au renforcement du contrôle existant du marché et, d'autre part, à la réalisation des mesures prises à la suite du scandale relatif aux implants mammaires PIP et des incidents liés aux prothèses de hanches métal/métal (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3057/001, pp. 22-23).

À l'origine, cette contribution était réglée par l'article 224, § 1er, de la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses (ci-après : la loi du 12.08.2000). Cette disposition a été abrogée par l'article 47 de la loi du 15 décembre 2013.

B.5.1. L'article 46, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013 est repris dans la section 6 du chapitre 2 dudit titre 3 de cette loi, intitulée "Contribution exceptionnelle", et instaure une seconde contribution à charge des distributeurs de dispositifs médicaux.

Le texte initial de l'article 46 de la loi du 15 décembre 2013 disposait :

"Pour l'année 2014, il est instauré une contribution compensatoire à charge des distributeurs visés à l'article 33, § 1er, alinéa 1er, 3°.

Le montant de cette contribution s'élève à 0,09 % du chiffre d'affaires, tel que pris en compte pour l'application de l'article 34, qui a été réalisé en 2014 et est versé par le biais d'un acompte, fixé à 0,09 % du chiffre d'affaires réalisé en 2013, et d'un solde. Ce solde est la différence entre la contribution même et l'acompte payé.

La contribution visée à l'alinéa 1er est perçue par l'AFMPS pour le compte de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Les articles 36 à 41 s'appliquent pour l'établissement et le recouvrement de la contribution compensatoire prévu à l'alinéa premier".

D'après les travaux préparatoires, la contribution compensatoire constitue une des ressources de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3057/001, p. 32).

B.5.2. L'article 41, attaqué, de la loi-programme (I) du 26 décembre 2013 a augmenté le pourcentage de la contribution compensatoire de 0,09 % à 0,22 %. Les travaux préparatoires ont justifié cette augmentation de la manière suivante :

"Cet article introduit une contribution exceptionnelle par analogie au projet d'article 191, 31°, de la loi AMI qui soumet les médicaments remboursables à la même contribution" (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3147/001, p. 28).

Il ressort de ces travaux préparatoires que l'augmentation de la contribution compensatoire à raison de 0,13 % correspond à la "taxe sur le marketing" instaurée pour le secteur des médicaments, par l'article 191, alinéa 1er, 31°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après: la loi AMI). La "taxe sur le marketing" vise à lutter contre les dépenses inutiles au niveau de l'assurance maladie. Cette contribution a plus spécifiquement pour objet de faire participer les firmes au surcoût que leurs activités de marketing et de promotion engendrent pour l'assurance maladie, en raison de l'augmentation du volume de prescription et de l'utilisation de médicaments remboursables et de dispositifs médicaux (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-2561/001, pp. 8 à 12, et DOC 53-2561/009, p. 4).

B.5.3. La contribution compensatoire prévue par l'article 46, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013 consiste donc en deux contributions distinctes : d'une part, une contribution de 0,09 % en vue du financement de l'assurance obligatoire maladie-invalidité et, d'autre part, une contribution de 0,13 % en vue de lutter contre les dépenses inutiles de l'assurance maladie.

Avant l'année 2013, ces contributions étaient réglées par les articles 224, § 1er/1 et § 1er/2, de la loi du 12 août 2000. Ces dispositions ont été abrogées par l'article 47 de la loi du 15 décembre 2013, sans préjudice de la compensation du solde visé par ces dispositions, c'est-à-dire la différence entre la contribution et l'acompte payé.

B.5.4. Après l'introduction du présent recours en annulation, ledit article 46 de la loi du 15 décembre 2013 a une nouvelle fois été modifié. Plus précisément, l'article 134 de la loi-programme du 19 décembre 2014 a remplacé les mots "2013", "2014" et "0,22 %" par les mots "2014", "2015" et "0,13 %", et ce à dater du 1er janvier 2015. Ainsi, les dispositions concernant la contribution compensatoire pour l'année 2014 ont été remplacées par des dispositions identiques réglant cette contribution pour l'année 2015, mais en ramenant le taux à 0,13 %. Les travaux préparatoires font à nouveau référence à la "contribution de même taux existant à l'INAMI pour le secteur du médicament" (Doc. parl., Ch., 2014-2015, DOC 54-0672/001, pp. 55-56).

Le recours en annulation ne s'étend pas à cette disposition.

Quant à la recevabilité du recours

B.6. Le Conseil des ministres conteste l'intérêt des parties requérantes dans la mesure où le recours serait au moins partiellement dirigé contre des contributions qui figuraient déjà dans la réglementation antérieure. Leur intérêt serait dès lors limité à ce qui a été modifié par les dispositions attaquées.

B. 7.1. Les vingt-trois premières parties requérantes sont des distributeurs de dispositifs médicaux. La vingt-quatrième partie requérante est une union professionnelle ayant pour objet statutaire la promotion des intérêts de ses membres, parmi lesquels, entre autres, des distributeurs de dispositifs médicaux.

Les parties requérantes justifient de l'intérêt requis pour demander l'annulation des dispositions attaquées, qui visent à imposer des contributions aux distributeurs de dispositifs médicaux.

B.7.2. La circonstance que les parties requérantes n'auraient pas antérieurement demandé l'annulation de normes contenant une réglementation analogue à celle des nouvelles dispositions qu'elles attaquent n'est pas de nature à les priver de leur intérêt. Même si les dispositions nouvelles correspondent, fût-ce partiellement, aux dispositions anciennes, elles résultent d'une nouvelle appréciation, par le législateur, de la situation qu'elles régissent et peuvent être de nature à affecter défavorablement la situation des parties requérantes.

B.7.3. Puisque les parties requérantes ont un intérêt à introduire le recours en annulation, elles ne doivent pas, en outre, - contrairement à ce qu'allègue le Conseil des ministres - justifier d'un intérêt à chacun des moyens ou à chacune des branches des moyens qu'elles formulent.

B.8. L'exception est rejetée.

Quant au fond

En ce qui concerne la nature des contributions contestées

B.9. Les parties requérantes invoquent notamment la violation des articles 170 et 172 de la Constitution, qui garantissent le principe de légalité et le principe d'égalité en matière fiscale.

Le Conseil des ministres conteste la qualification d'impôts des contributions attaquées, et en particulier de la contribution compensatoire visée à l'article 46 de la loi du 15 décembre 2013, lesquelles ne relèveraient donc pas du champ d'application des articles 170 et 172 de la Constitution. D'après le Conseil des ministres, ces cotisations doivent être qualifiées de cotisations de sécurité sociale.

B.10.1. Les articles 170 et 172 de la Constitution contiennent le principe de légalité et le principe d'égalité en matière fiscale. Ils ne sont pas applicables aux cotisations de sécurité sociale. Bien que les impôts et les cotisations de sécurité sociale puissent avoir des caractéristiques communes, du fait de leur caractère obligatoire, ils diffèrent toutefois fondamentalement : les impôts servent à couvrir les dépenses générales d'intérêt public, tandis que les cotisations de sécurité sociale sont exclusivement affectées au financement de régimes d'allocations de remplacement ou de complément des revenus du travail.

B.10.2. Les contributions attaquées sont des impôts au sens des articles 170 et 172 de la Constitution : elles constituent des prélèvements imposés d'autorité par l'État.

Leur paiement ne fait pas naître de droits complémentaires sur le plan de la sécurité sociale, de sorte qu'un lien direct avec la sécurité sociale des personnes redevables fait défaut. Il s'ensuit que les contributions attaquées ne sont pas assimilables à des cotisations de sécurité sociale.

B.10.3. Puisque les contributions attaquées constituent des impôts, les dispositions attaquées peuvent être contrôlées au regard des articles 170 et 172 de la Constitution.

En ce qui concerne le second moyen

B.11. Dans le second moyen, les parties requérantes allèguent la violation du principe de légalité garanti par l'article 170 de la Constitution, combiné ou non avec les articles 10, 11 et 172 de la Constitution, et avec le principe *non bis in idem*.

D'après les parties requérantes, la portée des différentes notions utilisées dans les dispositions attaquées est ambiguë, et donc aussi discriminatoire. Puisque la détermination de la portée des notions en cause est essentielle pour l'examen du premier moyen dans lequel les parties requérantes allèguent la violation du principe d'égalité et de non-discrimination, il y a lieu d'examiner d'abord le second moyen.

La notion de "distributeurs" de dispositifs médicaux (première, deuxième et quatrième branches du second moyen)

B.12. La première, la deuxième et la quatrième branches du second moyen sont dirigées contre les articles 33, § 1er, 3°, 4°, 9° et 10°, et § 2, 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013 et contre l'article 41 de la loi-programme (I) du 26 décembre 2013.

Les parties requérantes dénoncent le manque de clarté de la portée des définitions que la loi donne des notions de "distributeur" et de "détaillant", combinées avec le système des contributions prévu par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013. Plus particulièrement, on n'apercevrait pas clairement si un détaillant (première branche), un fabricant (deuxième branche) et une grande surface (quatrième branche) peuvent être qualifiés de distributeurs lorsqu'ils mettent des dispositifs médicaux à la disposition de détaillants ou d'utilisateurs finaux, et l'on n'apercevrait pas non plus clairement s'ils seront dès lors soumis aux contributions en cause pour ces activités.

Les dispositions attaquées seraient donc contraires au principe de légalité garanti par l'article 170 de la Constitution, parce qu'elles n'indiquent pas clairement quels contribuables doivent payer les contributions.

Étant donné que les distributeurs peuvent encourir des sanctions pénales ou administratives s'ils ne respectent pas les obligations prévues par la loi du 15 décembre 2013, ils seraient également discriminés, du fait du manque de clarté concernant la qualité de contribuable, par rapport à d'autres personnes qui connaissent les normes à respecter pour éviter des sanctions. Pour ce motif, les dispositions attaquées seraient également contraires au principe d'égalité contenu dans les articles 10, 11 et 172 de la Constitution.

B.13. Le principe de légalité en matière fiscale inscrit à l'article 170, § 1er, de la Constitution exige que nul ne soit soumis à un impôt sans que celui-ci ait été décidé par une assemblée délibérante démocratiquement élue, seule compétente pour instaurer l'impôt et établir les éléments essentiels de celui-ci.

En réservant aux assemblées délibérantes démocratiquement élues la décision d'établir une imposition et la fixation des éléments essentiels de celle-ci, l'article 170, § 1er, de la Constitution constitue une garantie essentielle qui ne peut, en principe, être retirée à certains citoyens sans justification.

La désignation des contribuables et le montant à payer par ceux-ci constituent des éléments essentiels de l'impôt.

Le principe de légalité en matière fiscale garanti par l'article 170, § 1er, de la Constitution exige par conséquent que la loi fiscale contienne des critères précis, non équivoques et clairs au moyen desquels il peut être décidé qui est redevable et pour quel montant.

B.14.1. Les dispositions attaquées établissent une distinction entre les notions de “distributeur”, de “détaillant” et d’“utilisateur final”. L’article 33, § 1er, de la loi du 15 décembre 2013 définit ces notions de la manière suivante :

“3° “distributeur” : toute personne physique ou morale, à l’exception du détaillant, établie dans l’Union européenne, qui met à disposition des détaillants ou des utilisateurs finaux des dispositifs;

4° “détaillant” : toute personne physique ou morale qui foumit des dispositifs à des consommateurs, à savoir toute personne physique qui acquiert ou utilise des dispositifs exclusivement à des fins non professionnelles;

5° “utilisateur final” : toute personne physique ou morale, autre qu’un distributeur, qui utilise un dispositif médical dans le cadre de ses activités professionnelles”.

B.14.2. Conformément à l’article 33, § 2, de la loi du 15 décembre 2013, les personnes physiques ou morales suivantes sont de plein droit assimilées à des détaillants :

“1° les officines pharmaceutiques autorisées;

2° les audiologues et audiciens pour les livraisons à des utilisateurs finaux sur la base des prestations techniques qui peuvent être effectuées par les audiologues et audiciens en application de l’article 23, § 1er, alinéa 1er, de l’arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé;

3° les bandagistes, orthésistes et prothésistes pour les livraisons aux utilisateurs finaux sur la base des prestations techniques qui peuvent être effectuées par les bandagistes en application de l’article 23, § 1er, alinéa 1er, du même arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967;

4° les opticiens pour les livraisons aux utilisateurs finaux d’articles destinés à la correction ou à la compensation de la vision de l’être humain, et d’yeux artificiels”.

B.15.1. Les contributions prévues par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013 sont imposées par ces articles aux “distributeurs”, au sens dudit article 33, § 1er, 3°, de la loi du 15 décembre 2013. Les “détaillants” ne sont pas redevables desdites contributions.

Conformément aux définitions précitées, une personne physique ou morale doit être qualifiée de “distributeur” ou de “détaillant” en fonction de l’activité qu’elle exerce et des destinataires des dispositifs médicaux qu’elle fournit : si une personne met des dispositifs médicaux à la disposition de détaillants ou d’utilisateurs finaux, elle est qualifiée de distributeur; si elle fournit des dispositifs médicaux à des consommateurs - c’est-à-dire des personnes qui acquièrent ou utilisent les dispositifs médicaux exclusivement à des fins non professionnelles -, elle est qualifiée de détaillant.

B.15.2. Comme le souligne également le Conseil des ministres, une personne peut donc en principe avoir aussi bien la qualité de distributeur que celle de détaillant, en fonction de l’activité exercée. Lorsqu’une personne exerce aussi bien des activités de distribution que de détail, elle doit tenir une comptabilité distincte. La personne concernée n’est redevable des contributions prévues par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013 que pour les activités accomplies en qualité de distributeur.

B.15.3. Ceci vaut également pour les grandes surfaces et pour les fabricants de dispositifs médicaux. Dans la mesure où ils fournissent des dispositifs médicaux à des détaillants ou à des utilisateurs finaux, ils sont qualifiés de distributeurs et sont redevables des contributions prévues par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013.

B.16. Étant donné ce qui précède, les dispositions attaquées indiquent clairement qui doit être considéré comme distributeur de dispositifs médicaux et elles satisfont aux exigences imposées par le principe de légalité en matière fiscale.

B.17. La critique émise par les parties requérantes porte également sur la catégorie de personnes que l'article 33, § 2, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013 considère de plein droit comme des détaillants et dont font notamment partie les bandagistes. Il existerait notamment une différence de traitement non justifiée entre un distributeur et un bandagiste, parce que ce dernier n'est jamais redevable des contributions prévues par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013, pas même s'il fournit des dispositifs médicaux à des utilisateurs finaux. Les dispositions attaquées seraient donc contraires aux articles 10, 11 et 172 de la Constitution.

B.18.1. Les travaux préparatoires justifient de la manière suivante l'exception prévue pour les "détaillants de plein droit" :

"Est considéré comme détaillant : toute personne physique ou personne morale qui fournit des dispositifs aux consommateurs. Les officines pharmaceutiques, les audiologues et audiciens, les bandagistes, les orthésistes, les prothésistes et les opticiens fournissent des dispositifs médicaux au détail aux patients mais également éventuellement directement aux professionnels de la santé. Une double comptabilité pour ces entreprises pour déterminer le chiffre d'affaires réalisé sur la base des livraisons aux consommateurs finaux, entraînerait une charge supplémentaire tant pour ces entreprises que pour les distributeurs qui les approvisionnent. Pour ces activités, ces entreprises sont également considérées comme détaillant" (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3057/001, pp. 23-24).

B.18.2. L'exemption des contributions prévue pour les "détaillants de plein droit" est donc dictée par le constat que lesdits détaillants foumissent principalement des consommateurs et seulement à titre exceptionnel des professionnels de la santé, c'est-à-dire des utilisateurs finaux. Le législateur a pu estimer qu'une double comptabilité représenterait une charge disproportionnée pour ces entreprises, en raison du chiffre d'affaires limité réalisé sur la base de livraisons à des utilisateurs finaux. Il n'est dès lors pas déraisonnable d'assimiler lesdits "détaillants de plein droit" à des détaillants pour ces livraisons à des utilisateurs finaux et de les dispenser ainsi des contributions prévues par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013.

B.18.3. Il convient en outre de souligner que cette dispense des contributions pour certains "détaillants de plein droit", à savoir les audiologues, les audiciens, les bandagistes, les orthésistes et les prothésistes, s'applique uniquement aux livraisons effectuées sur la base des prestations techniques qu'ils peuvent réaliser en vertu de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Pour les opticiens également, l'exemption ne s'applique qu'à la livraison aux utilisateurs finaux d'articles destinés à la correction ou à la compensation de la vision de l'être humain et à la livraison d'yeux artificiels. Pour d'autres livraisons aux utilisateurs finaux et aux détaillants, les détaillants en question sont bien assimilés aux "distributeurs" et sont redevables des contributions en question.

B.18.4. Étant donné ce qui précède et compte tenu du fait que les "détaillants de plein droit" ne fournissent en principe les utilisateurs finaux qu'à titre exceptionnel, la différence de traitement attaquée n'est pas sans justification raisonnable.

La mesure attaquée ne viole pas les articles 10, 11 et 172 de la Constitution.

B.19.1. Enfin, les parties requérantes allèguent la violation des articles 10, 11, 170 et 172 de la Constitution et du principe non bis in idem. Les distributeurs de dispositifs médicaux ne pourraient en effet savoir si la personne à laquelle ils vendent des dispositifs médicaux intervient en qualité de détaillant ou en qualité de distributeur, ce qui ferait naître le risque que les contributions prévues par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013 soient imposées par deux fois.

B.19.2. Les articles 10 et 11 de la Constitution garantissent le principe d'égalité et de non-discrimination. L'article 172 de la Constitution constitue une application particulière de ce principe en matière fiscale. Ces dispositions ne contiennent aucune interdiction générale de la double imposition. Le législateur dispose en la matière d'une large liberté d'appréciation.

B.20. Le second moyen, en ses première, deuxième et quatrième branches, n'est pas fondé.

La notion de "chiffre d'affaires de dispositifs médicaux"

B.21. La troisième branche du second moyen est dirigée contre les articles 33, § 1er, 3°, 9° et 10°, et, § 2, 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013 et contre l'article 41 de la loi-programme (I) du 26 décembre 2013.

D'après les parties requérantes, l'on n'aperçoit pas clairement s'il faut établir une distinction entre le chiffre d'affaires réalisé par la vente de dispositifs médicaux utilisés à des fins médicales et le chiffre d'affaires réalisé par la vente des mêmes dispositifs médicaux qui ne sont pas utilisés à des fins médicales et si, pour la vente de ces derniers, les distributeurs sont soumis aux contributions prévues par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013.

Dans la mesure où les distributeurs peuvent encourir des sanctions pénales ou administratives s'ils ne respectent pas les obligations énoncées dans la loi du 15 décembre 2013, ils seraient discriminés par cette ambiguïté, en comparaison d'autres personnes qui connaissent bien la norme qu'elles sont tenues de respecter sous peine de sanctions pénales. Les dispositions attaquées seraient, pour ce motif également, contraires aux articles 10, 11 et 172 de la Constitution.

B.22. La base imposable constitue un élément essentiel d'un impôt.

Le principe de légalité en matière fiscale garanti par l'article 170, § 1er, de la Constitution exige par conséquent que la loi fiscale contienne des critères précis, non équivoques et clairs au moyen desquels la base imposable peut être déterminée.

B.23.1. Conformément aux articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013, les contributions qu'ils prévoient à charge des distributeurs de dispositifs médicaux sont calculées sur "leur chiffre d'affaires de dispositifs médicaux réalisé l'année civile précédente sur le marché belge". L'article 33, § 1er, 9°, de la loi du 15 décembre 2013 définit le "chiffre d'affaires de dispositifs médicaux" de la manière suivante :

"9° "chiffre d'affaires de dispositifs médicaux" : chiffre d'affaires tel que défini en vertu de l'article 92 du Code des sociétés mais limité à la partie relative à la vente et à la mise à disposition de dispositifs médicaux tels que visés au 11°, y compris des dispositifs médicaux tels que visés aux 13° et 15°, de détaillants et utilisateurs finaux en Belgique".

B.23.2. L'article 33, § 1er, 11°, 13° et 15°, de la loi du 15 décembre 2013 définit de la manière suivante les notions de "dispositif médical", de "dispositif médical implantable" et de "dispositif médical de diagnostic *in vitro*" :

"11° "dispositif médical" : tout instrument, appareil, équipement, logiciel, toute matière ou tout autre article, utilisé seul ou en association, y compris le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques, et nécessaire au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins :

- de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie
- de diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap

- d'étude ou de remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique
- de maîtrise de la conception

et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens".

"13° "dispositif médical implantable" : tout dispositif médical qui est conçu pour être implanté en totalité ou en partie, par une intervention chirurgicale ou médicale, dans le corps humain ou, par une intervention médicale, dans un orifice naturel et qui est destiné à y rester après l'intervention".

"15° "dispositif médical de diagnostic *in vitro*" : tout dispositif médical qui consiste en un réactif, un produit réactif, un matériau d'étalonnage, un matériau de contrôle, une trousse, un instrument, un appareil, un équipement ou un système, utilisé seul ou en combinaison, destiné par le fabricant à être utilisé *in vitro* dans l'examen d'échantillons provenant du corps humain, y compris les dons de sang et de tissus, uniquement ou principalement dans le but de fournir une information :

- concernant un état physiologique ou pathologique, ou
- concernant une anomalie congénitale, ou
- permettant de déterminer la sécurité et la compatibilité avec des receveurs potentiels, ou
- permettant de contrôler des mesures thérapeutiques".

B.24.1. Il ressort des définitions mentionnées ci-dessus des notions de "dispositif médical", de "dispositif médical implantable" et de "dispositif médical de diagnostic *in vitro*" que la destination donnée par le fabricant au bien en question détermine s'il s'agit ou non d'un "dispositif médical". En revanche, l'utilisation concrète qui est finalement faite de ce produit n'est pas pertinente pour cette qualification.

Cela signifie qu'un produit est assimilé à un "dispositif médical" s'il répond aux caractéristiques d'un dispositif médical telles qu'elles sont définies par l'article 33, § 1er, 9°, 13° et 15°, de la loi du 15 décembre 2013, et s'il est destiné par le fabricant à l'usage mentionné dans ces dispositions. Le cas échéant, le chiffre d'affaires qu'un distributeur réalise par la vente d'un tel "dispositif médical" est pris en considération pour le calcul des contributions prévues par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013, indépendamment de la question de savoir si le dispositif médical est en définitive utilisé à des fins médicales.

B.24.2. Puisque les dispositions attaquées déterminent la base imposable de manière précise, univoque et claire, elles ne sont pas contraires au principe de légalité et à l'article 170 de la Constitution.

B.24.3. Étant donné que la mesure énoncée dans les dispositions attaquées ne viole pas le principe de légalité en matière fiscale, le grief, en tant qu'il est pris de la violation du principe d'égalité découlant du non-respect du principe de légalité en matière fiscale, n'est pas fondé.

B.25.1. Selon les parties requérantes, les dispositions attaquées instaurent, dans l'interprétation exposée en B.24.1, une différence de traitement non justifiée entre les distributeurs de dispositifs médicaux qui peuvent également être utilisés à des fins non médicales, et d'autres entreprises qui ne sont pas des distributeurs de dispositifs médicaux mais qui vendent les mêmes produits à des fins non médicales. Les premiers cités sont en effet redevables des contributions prévues par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013 sur le chiffre d'affaires réalisé par la vente de ces dispositifs médicaux qui, en fait, ne sont pas utilisés à des fins médicales, alors que les derniers cités ne sont pas redevables desdites contributions.

B.25.2. Les parties requérantes établissent ainsi une comparaison entre des personnes qui mettent à disposition des produits qui répondent à la qualification de "dispositif médical", au sens de l'article 33, § 1er, 9°, 11° et 13°, de la loi du 15 décembre 2013, et des personnes qui mettent à disposition des produits qui ne répondent pas à cette qualification de "dispositif médical".

Il n'est pas sans justification raisonnable que seuls les premiers cités soient redevables des contributions prévues par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013, et ce également sur le chiffre d'affaires relatif aux dispositifs médicaux qui, dans les faits, ne sont pas utilisés à des fins médicales. En effet, seuls les premiers cités sont soumis à la réglementation relative aux dispositifs médicaux et au contrôle exercé par l'AFMPS, et ce indépendamment de l'utilisation qui est faite en réalité des dispositifs médicaux.

En outre, il peut être admis qu'un dispositif médical vendu par un distributeur à un utilisateur final ou à un détaillant sera également utilisé pour les fins médicales auxquelles il est destiné, si bien qu'il n'est pas pertinent d'établir une distinction en fonction de l'utilisation concrète qui est faite du dispositif médical.

Eu égard à ce qui précède, les dispositions attaquées ne sont pas contraires aux articles 10, 11 et 172 de la Constitution.

B.25.3. Le second moyen, en sa troisième branche, n'est pas fondé.

En ce qui concerne le premier moyen

B.26. Dans le premier moyen, les parties requérantes allèguent la violation des articles 10, 11 et 172 de la Constitution. Le moyen est subdivisé en six branches, que l'on peut regrouper comme suit :

- les griefs relatifs à la contribution au financement du contrôle exercé par l'AFMPS en ce qui concerne les dispositifs médicaux, contribution définie par l'article 34 de la loi du 15 décembre 2013
- les griefs relatifs à la contribution compensatoire prévue par l'article 46 de la loi du 15 décembre 2013
- le grief concernant la portée géographique de la notion de "distributeur", définie par l'article 33, § 1er, 3°, de la loi du 15 décembre 2013.

La contribution au financement du contrôle exercé par l'AFMPS en ce qui concernent les dispositifs médicaux (première et cinquième branches du premier moyen).

B.27. D'après les parties requérantes, l'article 34 de la loi du 15 décembre 2013 violerait les articles 10, 11 et 170 de la Constitution, en ce que la contribution prévue par cette disposition est seulement imposée aux distributeurs de dispositifs médicaux (première branche du premier moyen) :

- alors qu'en vertu de l'article 225 de la loi du 12 août 2000, les grossistes et grossistes-répartiteurs de médicaments ne doivent pas assumer seuls le paiement d'une contribution similaire au financement des missions de l'AFMPS qui découlent de la loi sur les médicaments
- alors que les fabricants de dispositifs médicaux ne sont pas redevables de la contribution prévue dans la disposition attaquée.

B.28. La contribution prévue par l'article 34, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013 vise à financer le contrôle exercé par l'AFMPS sur les dispositifs médicaux. Cet objectif ressort des travaux préparatoires de la disposition attaquée, qui justifient la contribution de la manière suivante :

"Le projet de contribution, à savoir un impôt au sens de l'article 170 de la Constitution, constitue la contribution financière indispensable du secteur au (renforcement du) contrôle existant du marché d'une part, et, d'autre part, à la réalisation des mesures prises à la suite du scandale relatif aux implants mammaires PIP et des incidents avec des prothèses de hanche métal/métal" (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3057/001, p. 22).

Cet objectif figurait aussi déjà dans l'ancien article 224 de la loi du 12 août 2000, qui a été remplacé par la disposition attaquée, et qui imposait une contribution similaire "pour financer les missions de l'administration dans le cadre des dispositifs médicaux".

B.29. Il appatient au législateur de déterminer quels redevables sont soumis à l'obligation de contribution attaquée. Il dispose en la matière d'un large pouvoir d'appréciation.

Les choix sociaux qui doivent être réalisés lors de la collecte et de l'affectation des ressources relèvent par conséquent du pouvoir d'appréciation du législateur. Celui-ci ne peut cependant méconnaître, à cette occasion, la portée des articles 10 et 11 de la Constitution, en traitant de manière différente, sans qu'existe une justification raisonnable, des catégories de personnes qui se trouvent dans des situations identiques au regard de la mesure en cause.

B.30.1. En vertu de la disposition attaquée, la contribution est seulement imposée aux "distributeurs" de dispositifs médicaux, c'est-à-dire "toute personne physique ou morale, à l'exception du détaillant, établie dans l'Union européenne, qui met à disposition des détaillants ou des utilisateurs finaux des dispositifs".

B.30.2. Le législateur a pu raisonnablement estimer que la contribution tendant au financement du contrôle exercé par l'AFMPS n'est due qu'au dernier stade de la chaîne de distribution des dispositifs médicaux et n'est dès lors imposée qu'aux distributeurs de dispositifs médicaux, et non également aux fabricants de dispositifs médicaux.

Il ressort de la loi du 15 décembre 2013 et de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux que l'AFMPS a une mission de contrôle plus étendue vis-à-vis des distributeurs de dispositifs médicaux que vis-à-vis des fabricants. En ce qui concerne ces derniers, ce contrôle est principalement exercé par "l'organisme notifié", c'est-à-dire l'organisme désigné conformément à l'article 16 de la directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux pour effectuer une évaluation de conformité. Contrairement à ce qu'affirment les parties requérantes, cet organisme notifié n'est pas, pour la Belgique, l'AFMPS mais l'ASBL "Apragaz" ou la S.A. "SGS Belgium".

Il convient en outre de souligner encore que tous les distributeurs de dispositifs médicaux sont tenus de s'enregistrer auprès de l'AFMPS, alors que cette obligation ne s'applique aux fabricants que s'ils mettent sur le marché des dispositifs médicaux de classe I (à faible risque) et des dispositifs médicaux sur mesure.

Comme il est dit en B.15.3, les fabricants de dispositifs médicaux sont soumis à la contribution attaquée dans la mesure où ils sont également qualifiés de "distributeurs".

B.30.3. Eu égard à ce qui précède, il n'est pas sans justification raisonnable que la contribution visée à l'article 34, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013, soit uniquement imposée aux distributeurs de dispositifs médicaux.

La différence de traitement invoquée entre les distributeurs et les fabricants de dispositifs médicaux ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution. Le contrôle au regard de l'article 172 de la Constitution ne conduit pas à une autre conclusion.

B.31.1. Les parties requérantes comparent ensuite les distributeurs de dispositifs médicaux, qui sont soumis à la contribution prévue par l'article 34 de la loi du 15 décembre 2013, aux grossistes et grossistes-répartiteurs de médicaments, qui sont soumis à la contribution prévue par l'article 225, alinéa 1er, 3°, de la loi du 12 août 2000.

D'après les parties requérantes, les distributeurs de dispositifs médicaux sont discriminés par rapport aux grossistes et grossistes-répartiteurs de médicaments, étant donné que les premiers cités répondent seuls du financement du contrôle exercé par l'AFMPS en ce qui concerne les dispositifs médicaux, alors que les derniers cités peuvent partager la charge du financement du contrôle exercé par l'AFMPS sur les médicaments avec les fabricants de médicaments et avec les personnes autorisées à délivrer des médicaments au public.

B.31.2. L'article 225 de la loi du 12 août 2000 dispose :

"§ 1er. Pour financer les missions de l'administration résultant de l'application de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments et des arrêtés pris en exécution de celle-ci, les contributions suivantes sont dues :

1° à charge de la personne habilitée à délivrer des médicaments au public et à charge de la personne habilitée à fournir des médicaments aux responsables des animaux, une contribution de 0,00596 EUR pour chaque conditionnement d'un médicament autorisé dont elle s'approvisionne tant à titre onéreux qu'à titre gratuit;

2° à charge de la personne qui est autorisée à mettre sur le marché un médicament, une contribution de 0,01118 EUR pour chaque conditionnement de celui-ci qu'elle met sur le marché tant à titre onéreux qu'à titre gratuit. Cependant, cette contribution n'est pas due par la personne qui dispose d'une autorisation de mise sur le marché visée à l'article 3 du Règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments;

3° à charge du grossiste et du grossiste-répartiteur en médicaments, une contribution de 0,00014 EUR pour chaque conditionnement d'un médicament qu'il distribue tant à titre onéreux qu'à titre gratuit. Les personnes soumises aux contributions visées au 2°, sont exemptées de cette contribution;

4° à charge du titulaire d'autorisation, une contribution forfaitaire de 212,00 EUR par médicament à usage humain autorisé pour la mise sur le marché par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

5° à charge du titulaire d'autorisation, une contribution forfaitaire de 212,00 EUR par médicament à usage humain autorisé pour la mise sur le marché par la Commission européenne pour lequel un prix a été fixé par le ministre qui a les Affaires économiques dans ses attributions;

6° à charge du titulaire d'autorisation, une contribution forfaitaire de 212,00 EUR par médicament à usage humain autorisé pour l'importation parallèle.

Les contributions visées aux points 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 6° de l'alinéa 1er, sont destinées à financer les missions de l'Agence fédérale pour les médicaments et produits de santé résultant de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments et des arrêtés pris en exécution de celle-ci.

[...]

§ 2. Sans préjudice des contributions dues conformément au § 1er pour financer les missions de l'administration résultant de l'application de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments et des arrêtés pris en exécution de celle-ci, les contributions suivantes sont dues :

1° à charge de la personne qui dispose d'une autorisation de mettre sur le marché un médicament à usage vétérinaire, une contribution par conditionnement mis sur le marché en Belgique égale à 1,75 EUR au *prorata* de chaque kilogramme de substance antimicrobienne exprimée en base présente dans l'ensemble du conditionnement.

[...]

2° à charge de la personne qui dispose d'une autorisation de mettre sur le marché un prémélange médicamenteux contenant des substances antimicrobiennes, une contribution par conditionnement mis sur le marché en Belgique égale à 1,75 EUR au *prorata* de chaque kilogramme de substance antimicrobienne exprimée en base présente dans l'ensemble du conditionnement. [...]".

Les contributions prévues par la disposition précitée visent à financer les missions de contrôle exercé par l'AFMPS dans le cadre de la loi sur les médicaments.

B.31.3. Le Conseil des ministres fait valoir, en ce qui concerne la discrimination alléguée éntre les distributeurs de dispositifs médicaux et les grossistes et grossistes-répartiteurs de médicaments, qu'il n'est nullement question de catégories de personnes comparables ni de contributions comparables.

B.31.4. Il existe, entre les contributions dues dans le secteur des dispositifs médicaux et dans le secteur des médicaments en vue du financement des missions respectives de contrôle de l'AFMPS, des différences qui découlent des réglementations distinctes auxquelles les deux secteurs sont soumis. L'on ne peut cependant pas déduire de ces différences que les deux contributions diffèrent à ce point l'une de l'autre qu'elles ne seraient pas comparables au regard de la mesure attaquée.

B.31.5. Les deux contributions poursuivent le même objectif général, à savoir financer les missions de contrôle de l'AFMPS. Au vu des différences qui existent entre les deux secteurs et entre les réglementations qui leur sont applicables, le contrôle concret exercé par l'AFMPS dans les deux secteurs est cependant essentiellement différent. Ainsi, dans le secteur des médicaments, une autorisation est requise pour la mise de médicaments sur le marché, pour la fabrication, l'importation et l'exportation de médicaments, ainsi que pour la distribution en gros de médicaments. En principe, cette autorisation est délivrée par l'AFMPS, qui en contrôle également le respect. En revanche, le secteur des dispositifs médicaux n'est pas soumis à une obligation d'autorisation, mais doit en principe seulement respecter des exigences de qualité pour la mise sur le marché, la mise en service, la distribution et l'exportation de dispositifs médicaux. Une obligation d'enregistrement n'est imposée qu'à certains fabricants, alors qu'elle l'est à tous les distributeurs de dispositifs médicaux.

Les réglementations différentes qui s'appliquent aux deux secteurs, à savoir l'absence d'une obligation d'enregistrement pour tous les fabricants de dispositifs médicaux et l'absence d'autorisation dans le secteur des dispositifs médicaux, ainsi que les différentes missions de contrôle qui en découlent pour l'AFMPS, justifient que le législateur ait réglé différemment le financement de la mission exercée par l' AFMPS respectivement vis-à-vis du secteur des dispositifs médicaux et vis-à-vis du secteur des médicaments.

La différence de traitement alléguée entre les distributeurs de dispositifs médicaux et les grossistes et les grossistes-répartiteurs de médicaments ne viole pas les articles 10, 11 et 172 de la Constitution.

B.32. Les parties requérantes allèguent par ailleurs la violation, par les articles 33, § 1er, 9°, et 34 de la loi du 15 décembre 2013, des articles 10, 11 et 172 de la Constitution, dans la mesure où la contribution au financement des missions de l'AFMPS en ce qui concerne les dispositifs médicaux est calculée sur le chiffre d'affaires des dispositifs médicaux, et non par unité mise sur le marché (cinquième branche du premier moyen).

Ces dispositions instaureraient une différence de traitement non justifiée entre les distributeurs de dispositifs médicaux (principalement remboursables) qui disposent d'une importante marge bénéficiaire par rapport à leur chiffre d'affaires et les distributeurs de dispositifs médicaux (principalement non remboursables) qui disposent d'une faible marge bénéficiaire par rapport à leur chiffre d'affaires. Selon les parties requérantes, le montant de la contribution que les premiers cités doivent payer a en effet, proportionnellement, un faible impact sur leur marge bénéficiaire, alors que le montant que les derniers cités doivent payer a, proportionnellement, un impact important sur leur marge bénéficiaire.

B.33. Il appartient au législateur d'établir le taux de la contribution et d'en fixer le mode de calcul. Il dispose en la matière d'une large liberté d'appréciation.

Toutefois, lorsqu'une différence de traitement est créée à cette occasion, la Cour doit examiner si cette différence est fondée sur une justification raisonnable.

B.34.1. En vertu de l'article 224 de la loi du 12 août 2000, qui réglait initialement la contribution au financement du contrôle exercé par l'AFMPS en ce qui concerne les dispositifs médicaux, la contribution était calculée selon un pourcentage sur le chiffre d'affaires réalisé en la matière. Le législateur avait alors justifié de la manière suivante ce mode de calcul de la contribution :

"La rétribution requise pour ces tâches ne peut pas être calculée par service accompli par l'administration en faveur du redevable, considéré individuellement, c'est-à-dire la définition consacrée du terme rétribution. C'est pourquoi cette rétribution est proposée dans le présent projet de loi" (Doc. parl., Ch., 1999-2000, DOC 50-0756/001, p. 109).

Lors de l'augmentation du taux de la contribution, qui est passé de 0,05 % à 0,18417 %, et de l'instauration d'une contribution minimale de 500 EUR par l'article 18, § 1er de la loi-programme (I) du 27 décembre 2012, le législateur a justifié de la manière suivante le mode de calcul de la contribution :

"La contribution que le secteur des dispositifs médicaux paie est destinée au financement du contrôle du marché par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (ci-après : "afmps"). La contribution dépend de la part de marché du distributeur qui est calculée sur base du chiffre d'affaires de l'entreprise de l'année civile précédente.

[...]

Quelle que soit la part du distributeur, il y a toutefois un coût minimal lié au contrôle, ainsi qu'à la perception de la contribution. C'est pourquoi les projets de dispositions assujettissent le distributeur à une obligation de contribution minimale" (Doc. parl., Ch., 2012-2013, DOC 53-2561/001, pp. 10-11).

B.34.2. Il ressort des travaux préparatoires précités que le mode de calcul de la contribution est justifié par l'objectif de la contribution, de financer le coût du contrôle exercé par l'AFMPS. Le législateur a voulu faire en sorte que le montant de la contribution corresponde à la part du distributeur dans le coût du contrôle exercé par l'AFMPS. De plus, le législateur a pu raisonnablement estimer que la part du distributeur dans les frais de contrôle était proportionnelle à sa part du marché des dispositifs médicaux, laquelle peut être calculée sur la base du chiffre d'affaires réalisé en ce qui concerne les dispositifs médicaux. Dans la mesure où un coût minimum est toujours lié à ce contrôle, le législateur pouvait également fixer un montant minimum.

B.34.3. Le premier moyen, en sa cinquième branche, n'est pas fondé.

La contribution compensatoire (deuxième, troisième et quatrième branches du premier moyen)

B.35.1. L'article 46 de la loi du 15 décembre 2013 instaure, pour l'année 2014, une contribution compensatoire à charge des distributeurs de dispositifs médicaux. À l'origine, la contribution s'élevait à 0,09 % du chiffre d'affaires de dispositifs médicaux. Les travaux préparatoires justifient la contribution compensatoire de la manière suivante :

" Conformément à la décision prise lors du contrôle budgétaire 2013, cet article instaure au bénéfice de l'INAMI une contribution exceptionnelle compensatoire de 0,09 % pour l'année 2014 à charge du secteur des dispositifs médicaux.

Cette contribution constitue une des ressources de l'assurance soins de santé et indemnités. C'est pourquoi l'article 40 adapte l'article 191, alinéa 1er, 32°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vue d'y mentionner également la contribution visée à l'article 38" (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3057/001, p. 32).

B.35.2. L'article 41 de la loi-programme (I) du 26 décembre 2013 a augmenté le taux de la contribution compensatoire de 0,13 %, le faisant passer de 0,09 % à 0,22 %. Les travaux préparatoires justifient cette augmentation comme suit :

"Cet article introduit une contribution exceptionnelle par analogie au projet d'article 191, 31°, de la loi AMI qui soumet les médicaments remboursables à la même contribution" (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3147/001, p. 28).

B.35.3. L'article 191, alinéa 1er, 31°, de la loi AMI soumet les entreprises pharmaceutiques, en l'occurrence les entreprises réalisant un chiffre d'affaires sur le marché belge des médicaments, à une même contribution de 0,13 % du chiffre d'affaires réalisé sur les médicaments remboursables. Les deux contributions, également dénommées "contribution de marketing", visent à faire participer les firmes au surcoût que leurs activités de marketing et de promotion génèrent pour l'assurance maladie, à cause de l'augmentation du volume de prescriptions et de l'utilisation de médicaments et de dispositifs médicaux remboursables (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-2561/001, pp. 8 et 12, et DOC 53-2561/009, p. 4).

B.35.4. La contribution compensatoire prévue par l'article 46, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013, se compose donc de deux contributions :

- d'une part, une contribution exceptionnelle de 0,09 %, qui constitue une des recettes de l'assurance soins de santé et indemnités; cette contribution était réglée, pour l'année 2013, par l'article 224, § 1er/1, de la loi du 12 août 2000

- d'autre part, une "contribution de marketing" de 0,13 % visant à lutter contre les dépenses inutiles au niveau de l'assurance maladie; cette contribution était réglée, pour l'année 2013, par l'article 224, 1er/2, de la loi du 12 août 2000, et elle correspond à la contribution qui, pour le secteur des médicaments, est prévue par l'article 191, alinéa 1er, 31°, de la loi AMI.

B.36. D'après les parties requérantes, l'article 46 de loi du 15 décembre 2013 et l'article 41 de la loi-programme (I) du 26 décembre 2013 violeraient les articles 10, 11 et 170 de la Constitution.

B.37.1. Elles allèguent notamment que l'article 46 de la loi du 15 décembre 2013 et l'article 41 de la loi-programme (I) du 26 décembre 2013 instaurent une différence de traitement non justifiée entre les distributeurs de dispositifs médicaux et les fabricants de médicaments, en ce que la contribution compensatoire que les premiers cités doivent payer en vertu de l'article 46 de la loi du 15 décembre 2013 est calculée sur leur chiffre d'affaires concernant les dispositifs médicaux aussi bien remboursables que non remboursables, alors que la contribution compensatoire que les derniers cités doivent payer en vertu de l'article 191, alinéa 1er, 31°, de la loi AMI est seulement calculée sur leur chiffre d'affaires se rapportant aux médicaments remboursables (deuxième branche du premier moyen).

B.37.2. En prévoyant, à l'article 46 de la loi du 15 décembre 2013, que la contribution compensatoire qui est due par les distributeurs de dispositifs médicaux est calculée sur le chiffre d'affaires concernant tous les dispositifs médicaux, le législateur a exercé une compétence qui lui est propre, à savoir sa compétence en matière d'impôts.

Il appartient au législateur compétent de déterminer la base imposable des impôts qu'il prévoit. Il dispose en la matière d'une marge d'appréciation étendue. Dans cette matière, la Cour ne peut censurer les choix politiques du législateur et les motifs qui les fondent que s'ils reposent sur une erreur manifeste ou ne sont pas raisonnablement justifiés.

B.37.3. Contrairement à la contribution compensatoire due par les firmes pharmaceutiques, qui, en vertu de l'article 191, alinéa 1er, 31° , de la loi AMI, est uniquement calculée sur le chiffre d'affaires se rapportent aux médicaments remboursables, la contribution compensatoire due par les distributeurs de dispositifs médicaux est calculée, en vertu de l'article 46 de la loi du 15 décembre 2013, sur le chiffre d'affaires concernant tous les dispositifs médicaux, aussi bien remboursables que non remboursables.

Invité par la section de législation du Conseil d'État à justifier cette différence à l'occasion de l'instauration de la contribution compensatoire pour l'année 2013 par l'article 224, § 1er/1, de la loi du 12 août 2000, le délégué du ministre a répondu ce qui suit :

"Généralement, le coût des dispositifs médicaux n'est pas directement remboursé par l'assurance maladie mais, de manière indirecte, par une imputation, par exemple, sur le prix de la journée d'hospitalisation ou sur les honoraires forfaitaires en matière de biologie clinique et d'imagerie.

Ainsi, les éléments suivants n'entrent pas en considération pour un remboursement direct, mais leur coût économique est bien supporté par la sécurité : X-ray films, Photostimulable phosphor plates, devices intended in general for external patient support (e.g. hospital beds, patient hoists, wheelchairs, dental patient chairs), Infusion pumps, Ventilators, Anaesthesia machines, Anaesthetic vaporisers, Dialysis equipment, Blood pumps for heart-lung machines, Hyperbaric chambers, Pressure regulators for medical gases, Medical gas mixers, Moisture exchangers in breathing circuits if used on unconscious or non-spontaneously breathing patients, Nebulisers where the failure to deliver the appropriate dosage characteristics could be hazardous. En outre, il en va de même pour les dispositifs actifs utilisés pour un diagnostic : Electrocardiographs, Electroencephalographs, Cardioscopes with or without pacing pulse indicators, Electronic thermometers, Electronic stethoscopes, Electronic blood pressure measuring equipment.

En résumé, alors que les médicaments non remboursables ne sont pas compensés par des cotisations de sécurité sociale, il n'en va pas de même pour les dispositifs médicaux, qui, en règle, sont effectivement à la charge de la sécurité sociale. Toutefois, la prise en charge ne s'effectue pas de façon directe (par remboursement), mais de façon indirecte (par ex., par une imputation sur les honoraires forfaitaires). La justification de la différence de traitement du secteur des dispositifs médicaux réside dès lors dans la différence de traitement, par la sécurité sociale, des dispositifs médicaux, d'une part, et des médicaments, d'autre part" (Doc. parl., Ch., 2012-2013, DOC 53-2561/001, pp. 143-144) [traduction libre].

En outre, lors des travaux préparatoires de la loi-programme (I) du 27 décembre 2012, insérant l'article 224, § 1er/1, dans la loi du 12 août 2000, la justification suivante a été donnée :

"Un prélèvement exceptionnel de 0,13 % est imposé en vue de lutter contre les dépenses inutiles au niveau de l'assurance maladie. Cette cotisation ne peut pas être vue indépendamment de la cotisation à la base de l'article 191, 31° en projet de la loi AMI qui soumet les spécialités pharmaceutiques remboursables à la même cotisation. Le prélèvement ne se limite cependant pas aux dispositifs médicaux remboursables parce que les dispositifs médicaux sont soit en principe remboursables, par exemple les prothèses mammaires dans le cadre de la chirurgie reconstructive, soit ils augmentent indirectement les coûts pour l'assurance maladie, par exemple l'incitation économique qui émane du matériel radiologique cher qui conduit à une surconsommation et à des prescriptions inutiles. En revanche, les médicaments non-remboursables n'ont pas d'influence sur le budget de l'assurance maladie parce que ces coûts sont totalement à charge des patients.

Le Conseil d'État demande si la justification de la différence de traitement entre les dispositifs médicaux et les médicaments peut être précisée, sachant que tous les dispositifs médicaux seront visés alors que seuls les médicaments remboursables seront visés.

Le premier élément de réponse est que le coût de l'utilisation des dispositifs médicaux est en majeure partie à charge de l'assurance maladie. La contribution peut donc viser les dépenses de marketing de l'ensemble du secteur. Un grand nombre de dispositifs médicaux entrent en effet en ligne de compte pour un remboursement indirect, comme le matériel d'équipement pour les hôpitaux, ou direct, comme les prothèses de hanche par exemple. Même quand ces dispositifs médicaux ne sont pas remboursés ils ont un impact potentiel sur l'assurance maladie. Ainsi, les implants mammaires qui peuvent être remboursés dans le cadre d'une reconstruction mammaire après chirurgie oncologique, ne le sont pas dans le cadre de la chirurgie plastique. Il n'est cependant pas exclu que celle-ci engendre des coûts pour l'assurance maladie en raison de complications possibles.

Le deuxième élément de réponse est que, au niveau du commerce de gros, il est difficile de faire la distinction entre les dispositifs médicaux qui sont remboursable et ceux qui ne le sont pas. L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé qui reçoit et contrôle les déclarations relatives aux chiffres d'affaires des distributeurs, dispose uniquement du chiffre d'affaires total réalisé sur le marché belge. Une division mentionnant le caractère remboursable ou non exigera, pour les distributeurs, une comptabilité séparée et impliquera une charge administrative importante pour l'autorité de contrôle. En outre, dans certains cas il se pourrait que ces contrôles ne puissent être effectués que si les dossiers individuels des patients sont consultés afin de déterminer l'utilisation des intérêts entre cette atteinte à la vie privée et la lourde charge administrative particulière et la possibilité théorique selon laquelle un certain nombre - peut être limité - de produits médicaux, ne soient pas du tout, même indirectement à charge de la sécurité sociale, on choisit de reprendre tous les produits dans le prélèvement.

Le prélèvement forfaitaire et général est aussi introduit car les données actuelles dont les autorités disposent ne permettent pas de calculer les dépenses de marketing par produit ou par répartisseur. On pourrait y remédier en introduisant une nouvelle obligation de déclaration. Dans l'attente de critères de déclaration, il est choisi de percevoir une cotisation forfaitaire sur la base des dépenses moyennes dans le secteur. Quand les critères de déclaration seront fixés, on pourra envisager une segmentation plus approfondie du marché des produits médicaux, où quelques groupes de produits médicaux qui n'ont aucun impact sur l'assurance maladie pourront éventuellement être identifiés. La mesure pourrait alors être affinée" (Doc. parl., Ch., 2012-2013, DOC 53-2561/001, pp. 12-13).

Cette justification a été répétée dans les travaux préparatoires de l'article 41, attaqué, de la loi-programme (I) du 26 décembre 2013, en vertu duquel la contribution compensatoire relative aux dispositifs médicaux prévue par l'article 46 de la loi du 15 décembre 2013, a été augmentée pour l'année 2014 de 0,13 % (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3147/001, pp. 27-28).

B.37.4. Comme le montrent ces travaux préparatoires, il existe des différences objectives entre le secteur des dispositifs médicaux et celui des médicaments qui, à la lumière de l'objectif de la contribution compensatoire qui est de combattre les dépenses inutiles au niveau de l'assurance maladie, justifient que la base imposable de la contribution ne soit pas la même dans les deux secteurs.

Ainsi, le législateur a constaté que contrairement au coût des médicaments non remboursables, le coût de la majorité des dispositifs médicaux non remboursables est indirectement pris en charge par l'assurance maladie, en l'occurrence par la compensation des frais dans le prix de la journée d'hospitalisation ou dans les honoraires forfaitaires. En outre, comme l'admettent également les parties requérantes, une partie du budget alloué aux hôpitaux sert entre autres à couvrir l'amortissement des charges d'équipement et d'appareillage. Dans la mesure où cette partie du budget est également utilisée pour couvrir le coût des dispositifs médicaux non remboursables, ces dispositifs sont de cette manière aussi indirectement à charge de l'assurance maladie.

En outre, le législateur a mis en balance, d'une part, la possibilité théorique qu'un nombre - probablement limité - de dispositifs médicaux ne tombe, ni de façon directe, ni de façon indirecte, à la charge de l'assurance maladie et, d'autre part, les inconvénients d'une réglementation qui limiterait la contribution compensatoire aux dispositifs médicaux remboursables. Plus particulièrement, une telle réglementation imposerait une charge administrative singulièrement lourde, tant pour l'autorité de contrôle que pour les distributeurs, qui devraient établir dans leur comptabilité une distinction entre le chiffre d'affaires des dispositifs médicaux remboursables et celui des dispositifs médicaux non remboursables. Qui plus est, pareille réglementation imposerait dans certains cas une ingérence dans la vie privée des patients, puisque le remboursement ou non du dispositif dépendra de son utilisation effective. Après avoir mis ces intérêts en balance, le législateur a décidé que pour calculer la contribution compensatoire, il fallait prendre en considération le chiffre d'affaires relatif à l'ensemble des dispositifs médicaux. Il n'apparaît pas que cette appréciation soit déraisonnable.

B.37.5. Il convient en tout cas d'observer que la contribution compensatoire relative aux médicaments vise uniquement à lutter contre les dépenses inutiles de l'assurance maladie, alors que la contribution compensatoire relative aux dispositifs médicaux poursuit quant à elle également un objectif purement financier, en l'occurrence le financement de l'assurance maladie-invalidité obligatoire. Eu égard à cet objectif, le législateur pouvait calculer la contribution compensatoire relative aux dispositifs médicaux sur le chiffre d'affaires tant des dispositifs remboursables que des dispositifs non remboursables.

B.37.6. Compte tenu de ce qui précède, la différence de traitement alléguée entre les distributeurs de dispositifs médicaux et les fabricants de médicaments n'est pas sans justification raisonnable.

B.37.7. Le premier moyen, en sa deuxième branche, n'est pas fondé.

B.38.1. L'article 46 de la loi du 15 décembre 2013 et l'article 41 de la loi-programme (I) du 26 décembre 2013 instaureraient en outre une différence de traitement non justifiée entre les distributeurs de dispositifs médicaux, qui, en vertu des dispositions attaquées, sont redevables d'une contribution compensatoire de 0,22 %, et les fabricants de médicaments, qui, en vertu de l'article 191, alinéa 1er, 31°, de la loi AMI, sont redevables d'une contribution compensatoire de 0,13 % (troisième branche du premier moyen).

B.38.2. Pour les mêmes motifs que ceux exposés en B.31.4, il convient de rejeter l'exception de non-comparabilité soulevée par le Conseil des ministres.

B.38.3. Comme il est dit en B.5.3, la contribution compensatoire relative aux dispositifs médicaux prévue par l'article 46, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013 se subdivise en deux contributions : d'une part, une "contribution de marketing" de 0,13 %, destinée à lutter contre les dépenses inutiles au niveau de l'assurance maladie et, d'autre part, une contribution exceptionnelle de 0,09 %, qui constitue l'une des ressources de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

Par contre, la contribution compensatoire relative aux médicaments prévue par l'article 191, alinéa 1er, 31°, de la loi AMI ne comporte qu'une "contribution de marketing" de 0,13 %.

L'objectif financier supplémentaire de la contribution compensatoire relative aux dispositifs médicaux justifie que celle-ci soit supérieure de 0,9 % à la contribution compensatoire relative aux médicaments.

B.38.4. En outre, l'article 191 de la loi AMI, qui énumère les ressources de l'assurance maladie-invalidité obligatoire, prévoit de nombreuses contributions à charge du secteur des médicaments pour financer l'assurance maladie-invalidité obligatoire. En revanche, le secteur des dispositifs médicaux n'est redevable, en vertu de l'article 191, alinéa 1er, 32°, de la loi AMI, que de la contribution compensatoire prévue par l'article 46, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013, et par l'ancien article 244, § 1er/1, de la loi du 12 août 2000, en vue du financement de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

B.38.5. Eu égard à ce qui précède, il n'est pas sans justification raisonnable que le taux de la contribution compensatoire relative aux dispositifs médicaux prévue par l'article 46, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013 s'élève à 0,22 %, alors que celui de la contribution compensatoire relative aux médicaments prévue par l'article 191, alinéa 1er, 31° , de la loi AMI ne s'élève qu'à 0,13 %.

Le premier moyen, en sa troisième branche, n'est pas fondé.

B.39.1. Enfin, l'article 46 de la loi du 15 décembre 2013 et l'article 41 de la loi-programme (I) du 26 décembre 2013 emporteraient une violation des articles 10, 12 et 172 de la Constitution, en ce que la contribution compensatoire qu'ils prévoient est seulement due par les distributeurs de dispositifs médicaux et non par les fabricants de dispositifs médicaux (quatrième branche du premier moyen).

B.39.2. Il appartient au législateur de déterminer quels redevables sont soumis à l'obligation de contribution attaquée. Il dispose en la matière d'un large pouvoir d'appréciation.

Il ne peut cependant méconnaître, à cette occasion, la portée des articles 10 et 11 de la Constitution, en traitant différemment des catégories de personnes qui se trouvent dans des situations identiques au regard de la mesure en cause, sans qu'existe une justification raisonnable.

B.39.3. Ainsi qu'il est dit en B.5.3, la contribution compensatoire consacrée par l'article 46, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013 poursuit un double objectif : d'une part, lutter contre les dépenses inutiles au niveau de l'assurance maladie et, d'autre part, financer l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

On peut certes soutenir que les fabricants de dispositifs médicaux ont comme les distributeurs une influence sur les dépenses de l'assurance maladie-invalidité obligatoire. Mais pour faire en sorte que les dispositifs concernés ne soient soumis qu'une seule fois à la contribution compensatoire, le législateur a pu raisonnablement décider que cette contribution n'est due qu'au dernier stade de la chaîne de distribution des dispositifs médicaux et qu'elle n'est donc imposée qu'aux distributeurs de dispositifs médicaux et non également aux fabricants de dispositifs médicaux.

Ainsi qu'il est constaté en B.15.3, les fabricants de dispositifs médicaux, dans la mesure où ils doivent être qualifiés de "distributeurs", sont également soumis à la contribution en cause.

B.39.4. Eu égard à ce qui précède, il n'est pas sans justification raisonnable que la contribution compensatoire prévue par l'article 46, attaqué, de la loi du 15 décembre 2013 soit seulement imposée aux distributeurs de dispositifs médicaux.

Le fait que la contribution compensatoire prévue par l'article 191, alinéa 1er, 31°, de la loi AMI soit imposée aux "firmes réalisant sur le marché belge un chiffre d'affaires avec des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables" ne modifie en rien cette opinion. Eu égard aux différences qui existent entre le secteur des dispositifs médicaux et celui des médicaments et eu égard au fait que les deux secteurs contribuent à des degrés divers et de façon différente aux dépenses de l'assurance maladie-invalidité obligatoire et à son financement, le législateur pouvait régler différemment la contribution compensatoire dans les deux secteurs.

B.39.5. La mesure attaquée ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution. Le contrôle au regard de l'article 172 de la Constitution n'aboutit pas à une autre conclusion.

B.39.6. Le premier moyen, en sa quatrième branche, n'est pas fondé.

La portée de la notion de "distributeur" telle que définie par l'article 33, § 1er, 3°, de la loi du 15 décembre 2013 (sixième branche du premier moyen)

B.40. Selon les parties requérantes, les articles 33, § 1er, 3°, 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013 et l'article 41 de la loi-programme (I) du 26 décembre 2013 violent les articles 10, 11 et 172 de la Constitution, en ce que les contributions prévues par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013 ne sont dues que par les distributeurs qui sont établis dans l'Union européenne, et non par les distributeurs qui sont établis en dehors de l'Union européenne.

B.41. Ainsi qu'il est dit en B.29, il appartient au législateur de déterminer quels redevables sont soumis à l'obligation de contribution attaquée. Il dispose en la matière d'un large pouvoir d'appréciation.

Il ne peut cependant méconnaître, à cette occasion, la portée des articles 10 et 11 de la Constitution en traitant différemment des catégories de personnes qui se trouvent dans des situations identiques au regard de la mesure en cause, sans qu'existe une justification raisonnable.

B.42.1. Conformément aux articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013, les contributions prévues par ces articles sont imposées uniquement aux "distributeurs" de dispositifs médicaux. L'article 33, § 1er, 3°, de la loi précitée, définit cette notion de la manière suivante : *"toute personne physique ou morale, à l'exception du détaillant, établie dans l'Union européenne, qui met à disposition des détaillants ou des utilisateurs finaux des dispositifs".*

Conformément à cette définition de la notion de “distributeur”, les distributeurs établis dans des pays tiers ne sont dès lors pas soumis aux contributions attaquées.

B.42.2. Interrogé par la section de législation du Conseil d’État sur le motif pour lequel seules les personnes physiques ou morales établies dans l’Union européenne sont redevables de la contribution, le délégué du ministre a répondu ce qui suit :

“Le marché des dispositifs médicaux a été harmonisé au niveau européen (cf. Décision 768/2008/CEE du Parlement européen et du Conseil du 09.07.2008 relative à un cadre commun pour la commercialisation de produits et abrogeant la décision 93/465/CEE du Conseil). Les dispositifs médicaux peuvent être mis sur le marché dans l’espace économique européen par un importateur. Un importateur se définit comme “toute personne physique ou morale établie dans la Communauté qui met un produit provenant d’un pays tiers sur le marché communautaire”.

La contribution qui est imposée est due au cours du dernier stade de la chaîne de distribution, à savoir lors de la vente, de la mise à disposition, etc. de dispositifs médicaux à des utilisateurs finaux, patients et consommateurs. Autrement dit, il s’agit de produits qui ont déjà été mis sur le marché par une entreprise (importateur) établie dans la Communauté” (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3057/001, p. 104) [traduction libre].

La section de législation du Conseil d’État a ensuite indiqué que le législateur devait en tout cas vérifier si des distributeurs établis dans des pays tiers ne peuvent effectivement être actifs sur le marché belge qu’à l’intervention d’importateurs établis dans l’Union européenne, en tenant compte également de la vente en ligne. S’il devait s’avérer que du chiffre d’affaires peut néanmoins être réalisé en Belgique par des distributeurs qui sont eux-mêmes établis dans des pays tiers, la définition de “distributeur” devrait, selon le Conseil d’État, inclure également cette catégorie.

B.42.3. Dans l’exposé des motifs du projet de loi devenu la loi du 15 décembre 2013, il a été répondu sans aucune ambiguïté qu’il n’était pas possible qu’une entreprise établie dans un pays tiers réalise en Belgique un chiffre d’affaires grâce à la vente de dispositifs médicaux :

“Les entreprises établies dans des pays tiers sont exclues de la définition de distributeur. Ces entreprises peuvent uniquement réellement être actives sur le marché belge via les importateurs de dispositifs médicaux établis au sein de l’Union européenne. Cela ressort entre autres de la communication interprétative de la Commission européenne du 16 novembre 2010 relative à la “mise sur le marché de dispositifs médicaux” (SANCO/B/2/PBE/pdw Ares (2010) 332016). Faisant suite à la demande du Conseil d’État d’examiner si le chiffre d’affaires en Belgique peut être réalisé par des distributeurs établis dans des pays tiers, en particulier par la vente sur internet, la réponse est donc négative.”

Dans sa communication interprétative, la Commission estime ce qui suit (paragraphe 15) :

“As regards imported products, they must at least be released for free circulation in the internai market before they can be considered as being placed on the EU market (see Art. 27-29 of Regulation (EC) n° 765/2008). In particular paragraphs 1 and 2 of Article 29 of Regulation 765/2008 state that products which present a serious risk or which are not compliant with harmonized EU legislation, and which therefore shall not be placed on the EU market, shall not be released for free circulation. This requires a close cooperation between customs authorities and market surveillance authorities.”

[“Concernant les produits importés, ils doivent au moins être mis en libre pratique dans le marché intérieur avant qu’ils puissent être considérés comme mis sur le marché communautaire (art. 27-29 du règlement CE n° 765/2008). En particulier, les paragraphes 1 et 2 de l’article 29 du règlement 765/2008 stipulent que, lorsqu’un produit présente un danger grave ou lorsqu’il ne respecte pas la législation communautaire d’harmonisation, et qu’à ce titre, il ne doit pas être mis sur le marché communautaire, il ne doit pas être mis en libre pratique. Ceci exige une coopération étroite entre les autorités douanières et les autorités de surveillance du marché.” (traduction libre)]

En d'autres mots, les dispositifs médicaux qui ne respectent pas la législation en matière d'harmonisation ne peuvent pas être mis en libre circulation. Les douanes surveillent cela. La communication interprétative s'étend également à l'hypothèse dans laquelle la mise sur le marché ne coïncide pas avec la mise en circulation. La conclusion relative à la question examinée est toutefois claire : les dispositifs médicaux qui ont été produits en dehors de l'UE et qui n'ont pas été importés et mis en conformité par rapport à la législation européenne en matière d'harmonisation, ne peuvent être vendus au sein de l'Union européenne. L'importation à partir d'un pays tiers au sein de l'Union peut uniquement se faire par un importateur, à savoir toute personne physique ou morale établie dans la Communauté qui met un produit provenant d'un pays tiers sur le marché communautaire (voir art. 2 (5) du Règlement 765/2008).

Il est possible que des dispositifs médicaux soient obtenus dans un pays tiers et soient ensuite importés. Ces produits ne sont pas mis sur le marché. Dans sa communication interprétative, la Commission estime ce qui suit (§ 19) :

"A medical device which a private person acquires in a third country and then brings it to the EU for his/her own personal use is not "placed on the market" and is not required to conform to the requirements of the medical devices directives.

If, however, a professional user buys a medical device in a third country, brings it to the EU and uses this device in the context of his/her professional activity, he/she puts this device into service. According to Article 2 of Directives 90/385/EEC, 93/42/EEC and 98/79/EC, respectively, a device put into service must comply with the requirements of the applicable directive."

["Un dispositif médical acquis par un particulier dans un pays tiers et rapporté dans l'UE pour son/sa propre utilisation personnelle n'est pas "mis sur le marché" et il n'est pas requis qu'il soit conforme aux exigences des directives sur les dispositifs médicaux.

Toutefois, si un utilisateur professionnel achète un dispositif médical dans un pays tiers, l'apporte dans l'UE et l'utilise dans le contexte de son activité professionnelle, il/elle met ce dispositif en service. Selon l'article 2 des directives 90/385/CEE, 93/42/CEE et 98/79/CE, respectivement, un dispositif mis en service doit être conforme aux exigences de la directive applicable." (traduction libre)]

Il faut ici souligner que, dans ce cas, le chiffre d'affaires n'est pas réalisé en Belgique vu que l'obtention a lieu dans un pays tiers.

En ce qui concerne la vente sur internet, où un distributeur de dispositifs médicaux s'adresse, par exemple par le biais d'un site web, à des consommateurs en Belgique à partir d'un pays tiers, il faut tenir compte du règlement (CE) n° 593/2008 du Parlement européen et du Conseil du 17 juin 2008 sur la loi applicable aux obligations contractuelles (Rome I). En vertu de ce règlement, la vente est régie par le droit du pays dans lequel le consommateur a son domicile habituel, dans ce cas le droit belge qui est soumis à la législation européenne. L'entreprise concernée devra dès lors satisfaire au Règlement 765/2008.

En conclusion, il n'est pas possible qu'une entreprise d'un pays tiers réalise un chiffre d'affaires légal grâce à la mise à disposition de dispositifs médicaux en Belgique, sans que ces dispositifs médicaux soient d'abord mis en libre circulation et mis sur le marché par un importateur établi au sein de l'Union européenne. Il est possible que, par le biais d'internet, des dispositifs médicaux soient directement envoyés aux consommateurs à partir de pays tiers, et c'est ici une tâche pour les autorités douanières et l'agence fédérale des médicaments et des produits de santé, comme la Commission européenne le confirme dans sa communication interprétative. Si des professionnels de la santé dans des pays tiers reçoivent des dispositifs médicaux et mettent ceux-ci en service, il n'est alors pas question de mise sur le marché, il n'y a pas de chiffre d'affaires réalisé en Belgique par le vendeur et c'est au professionnel de la santé qu'il revient de veiller à ce que les dispositifs concernés répondent à toutes les exigences légales (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3057/001, pp. 25-27).

Il ressort de ces travaux préparatoires que le législateur a estimé, sur la base de la réglementation européenne applicable, qu'aucun chiffre d'affaires ne pouvait être réalisé en Belgique par des distributeurs établis dans des pays tiers.

B.42.4. L'article 14, paragraphe 2, de la directive n° 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux prévoit :

"Lorsqu'un fabricant qui met un dispositif sur le marché en son nom propre n'a pas de siège social dans un État membre, il désigne un mandataire unique pour l'Union européenne. Pour les dispositifs visés au paragraphe 1, premier alinéa, le mandataire informe l'autorité compétente de l'État membre dans lequel il a son siège social des données visées au paragraphe 1".

L'article 1, paragraphe 2, h) de la même directive définit la notion de "mise sur le marché" comme étant :

"la première mise à disposition à titre onéreux ou gratuit d'un dispositif, autre que celui destiné à des investigations cliniques, en vue de sa distribution et/ou de son utilisation sur le marché communautaire, qu'il s'agisse d'un dispositif neuf ou remis à neuf".

L'article 2, point 5, du règlement (CE) n° 765/2008 du Parlement européen et du Conseil du 9 juillet 2008 fixant les prescriptions relatives à l'accréditation et à la surveillance du marché pour la commercialisation des produits et abrogeant le règlement (CEE) n° 339/93 du Conseil définit un "importateur" de la manière suivante :

"toute personne physique ou morale établie dans la Communauté qui met un produit provenant d'un pays tiers sur le marché communautaire".

L'article 2, point 2, du même règlement définit la "mise sur le marché" de la manière suivante :

"la première mise à disposition d'un produit sur le marché communautaire".

L'article 2, point 1, du même règlement définit la notion de "mise à disposition sur le marché" de la manière suivante :

"toute fourniture d'un produit destiné à être distribué, consommé ou utilisé sur le marché communautaire dans le cadre d'une activité commerciale, à titre onéreux ou gratuit".

B.42.5. Il ressort de ces dispositions qu'un dispositif médical ne peut pas être vendu directement par un distributeur établi dans un pays tiers à un utilisateur final ou à un détaillant en Belgique. En revanche, l'intervention d'un importateur établi dans l'Union européenne est toujours requise.

Ce constat s'applique tout autant à la vente en ligne de dispositifs médicaux : ces ventes nécessitent également l'intervention d'un importateur établi dans l'Union européenne, avant qu'un dispositif médical puisse être vendu en ligne dans l'Union européenne.

Cet importateur, dans la mesure où il vend ensuite les biens importés à des utilisateurs finaux ou à des détaillants, est qualifié de "distributeur" au sens de l'article 33, § 1er, 3°, de la loi du 15 décembre 2013 et est donc redevable des contributions prévues par les articles 34 et 46 de la même loi.

B.42.6. Étant donné que les distributeurs de dispositifs médicaux établis dans des pays tiers ne peuvent pas vendre directement des dispositifs médicaux dans l'Union européenne, ils ne peuvent réaliser en Belgique un chiffre d'affaires sur des dispositifs médicaux et ne sont en tout état de cause pas redevables des contributions prévues par les articles 34 et 46 de la loi du 15 décembre 2013. Par conséquent, la différence de traitement attaquée est inexistante.

Eu égard à ce qui précède, la mesure attaquée ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution. Le contrôle au regard de l'article 170 de la Constitution ne conduit pas à une autre conclusion.

B.42.7. Le premier moyen, en sa sixième branche, n'est pas fondé.

PAR CES MOTIFS,

La Cour,

rejette le recours.

…

II. Tribunal du travail francophone de Bruxelles, 4 septembre 2015

Lois coordonnées du 14 juillet 1994 - Articles 100, §§ 1 et 2 et 101

L'incapacité de travail de l'article 100, § 2, suppose la reconnaissance préalable de l'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er. Outre ce lien chronologique, il existe un lien de continuité entre ces deux articles : le travailleur passant d'un régime à l'autre a droit au maintien de son incapacité de travail reconnue. Cependant, les deux dispositions ne forment pas un ensemble indissociable, d'application cumulative. Les deux paragraphes établissent des incapacités de travail distinctes et indépendantes, obéissant chacune à leurs exigences propres. Le travailleur reconnu incapable de travailler selon l'article 100, § 2, ne doit donc pas aussi présenter le taux d'incapacité de gain de l'article 100, § 1er.

L'article 101 vise une autre hypothèse et permet aux conditions strictes qu'il énumère une procédure de régularisation pour tempérer les effets dommageables de la reprise d'une activité non autorisée par le médecin-conseil de l'organisme assureur.

R.G. 09/2738/A
B.M.B.c./O.A-INAMI

...

I. Les faits et les rétroactes de la procédure

7.

Monsieur B. a été reconnu en incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 à partir du 6 août 2001 et indemnisé par l'O.A. jusqu'au 31 décembre 2008.

Durant son incapacité de travail, il aurait été autorisé à plusieurs reprises (sans précision de dates, comme relevé par l'expert) par le médecin-conseil de sa mutualité de reprendre un travail dans les conditions prévues par l'article 100, § 2 de ladite loi et de l'article 230, § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, tel que ces dispositions étaient alors en vigueur (cf. également l'art. 16 du règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994, dans sa version également en vigueur à l'époque).

L'O.A. n'a pas déposé la copie de ces autorisations précisant la nature, le volume et les conditions d'exercice de cette activité, consignées dans le dossier médical et administratif de l'intéressé au siège de l'organisme assureur.

Depuis le début de son incapacité de travail, Monsieur B. a en tout cas tenté à plusieurs reprises de reprendre le travail, comme en atteste le dossier administratif déposé par l'O.A. le 17 juin 2009.

Il a repris son activité le 3 novembre 2004 et a déclaré une nouvelle incapacité à partir du 21 décembre 2004 (selon l'employeur, suite à un préavis de commun accord).

Il a également repris son activité le 11 juillet 2005 et a déclaré une nouvelle incapacité à partir du 9 août 2005 (selon l'employeur, ayant quitté volontairement son emploi), s'agissant de la date reprise dans les décisions litigieuses de la mutuelle.

Il a clairement été informé à plusieurs reprises par sa mutuelle de la nécessité de recevoir l'autorisation préalable du médecin-conseil s'il désire reprendre une activité compatible avec son état de santé tout en continuant à percevoir des indemnités et des conséquences en cas d'absence d'autorisation.

Après examen en séance du 3 octobre 2008, du rapport médical de réexamen (non produit), le Conseil médical de l'invalidité du Service des indemnités de l'INAMI a prolongé la reconnaissance de l'état d'invalidité de l'intéressé jusqu'au 31 juillet 2009.

Ni l'INAMI ni l'O.A. n'ont produit l'intégralité de ce rapport dont seule la première page est jointe au dossier administratif de l'O.A.

Il résulte de l'historique des adresses produit par Monsieur B. que l'intéressé a été radié d'office à deux reprises des registres de la population, les 26 février 2002 et 16 janvier 2006.

8.

Par lettre recommandée datée du 20 novembre 2008, l'INAMI a notifié à Monsieur B. sa décision de l'exclure du droit aux indemnités respectivement à concurrence de 10 indemnités journalières (art. 2, 4° de l'A.R. du 10.01.1969) et de 25 indemnités (art. 2, 6° du même A.R.).

Il est en effet apparu d'une enquête menée par le Service du contrôle administratif de l'INAMI que, durant la période d'incapacité de travail indemnisée par la mutuelle du 9 août 2005 au 31 octobre 2008, Monsieur B. a exercé plusieurs activités sans avoir demandé l'autorisation du médecin-conseil et sans avoir averti sa mutuelle de la reprise de ce travail.

Il s'agissait alors, selon la décision de l'INAMI, des périodes de travail suivantes, selon les bons de cotisation transmis par la Banque-carrefour de la sécurité sociale :

- du 21 avril 2006 au 30 juin 2006 (51 jours - 5.268,13 EUR - Atu Trucking)
- du 1er juillet 2006 au 10 août 2006 (29 jours - 2.187,01 EUR - idem)
- du 16 novembre 2006 au 30 décembre 2006 (18 jours - 1.906,88 EUR - Randstad Belgium)
- du 15 octobre 2007 au 27 décembre 2007 (43 jours - 4.119,69 EUR - Actief Interim)
- du 12 novembre 2007 au 17 novembre 2007 (5 jours - 504,55 EUR - idem).

L'INAMI n'a pas retenu la première période de travail (80 jours) vu la prescription intervenue (le P.V. de constat a été établi le 21.08.2008 et notifié le 01.09.2008).

9.

…

10.

L'O.A. n'a pas soumis Monsieur B. à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée sont réunies.

Monsieur B. a introduit un certificat d'incapacité de travail auprès du médecin-conseil de l'O.A. à partir du 28 décembre 2010 pour lombo-sciatalgies.

Il expose que, depuis son exclusion par la mutuelle, il a déposé en vain des nouveaux certificats médicaux, sa mutuelle estimant que la procédure judiciaire devait suivre son cours, motif pour lequel il a introduit ce certificat médical par lettre recommandée.

Il rappelle également que par une décision administrative notifiée le 12 janvier 2011, le médecin-conseil de l'O.A. lui a reconnu une incapacité de travail à partir du 28 décembre 2010 après examen et sans attendre le résultat du Tribunal (annexe 34 à la pièce n° 33 de la farde 2 de son dossier déposé le 10.06.2011).

Le 7 février 2011, le médecin-conseil de l'O.A. a cependant mis fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail à partir du 8 février 2011 pour le motif que la cessation des activités de Monsieur B. n'est pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels et que la décision du tribunal du travail doit être attendue.

11.

…

12.

Par un jugement interlocutoire du 22 décembre 2011, le Tribunal a joint les causes R.G. 09/2738/A, 09/6769/A, 09/7546/A, 11/6032/A, 11/8687/A et 11/14955/A en raison de leur connexité.

Il a, avant dire droit, désigné en qualité d'expert le docteur J. Rampelberg avec pour mission de dire si, à la date du 21 avril 2006 et postérieurement, Monsieur B. répondait ou non aux critères de l'article 100, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 et subsidiairement, aux critères fixés par l'article 101 de la même loi.

13.

L'expert a conclu qu'à la date du 21 avril 2006 et postérieurement, Monsieur B. ne répondait pas aux critères fixés par l'article 100, § 1er de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 à l'exception de la période du 18 juin 2007 au 30 septembre 2007.

Il a également conclu qu'il ne dispose d'aucun élément lui permettant de conclure qu'à ce moment (21.04.2006) Monsieur B. répondait aux critères de l'article 101 de la même loi.

14.

Par un jugement interlocutoire du 17 octobre 2013 (faisant également référence à la cause R.G. 11/15132/A, implicitement jointe aux autres causes déjà jointes), le Tribunal a jugé que l'expert n'a pas suffisamment motivé ses conclusions ni rencontré à suffisance les commentaires exhaustifs du docteur Szerer, en réponse aux préliminaires de son rapport d'expertise. Il a également jugé que l'expert n'a pas répondu complètement à sa mission sous l'angle de l'article 100, § 2 de la loi.

Il a écarté le rapport d'expertise du docteur Rampelberg et a confié à l'expert, le docteur Robert, la même mission (en faisant cette fois référence, outre à l'art. 101, également à l'art. 100, § 2 de la loi coordonnée le 14.07.1994).

IV. Le rapport de l'expert

15.

L'expert conclut que :

- à la date du 21 avril 2006, Monsieur B. ne répondait pas aux critères fixés par l'article 100, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- à partir du 1er septembre 2013, il répond aux critères fixés par cette disposition légale
- à la date du 21 avril 2006 et durant les périodes de reprises d'une activité telle que visée par le jugement, Monsieur B. répondait aux critères fixés par l'article 100, § 2, complété par l'article 101 de la loi.

V. La discussion et la décision du Tribunal

A. Le litige opposant Monsieur B. à l'O.A.

A.1. Rappel des principes

16.

Les articles 100 et 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, alors en vigueur, précisent :

16.1.

Article 100 :

"§ 1er. Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

[...].

Si ce travailleur a par ailleurs acquis une formation professionnelle au cours d'une période de rééducation professionnelle, il est tenu compte de cette nouvelle formation pour l'évaluation de la réduction de sa capacité de gain. Le Roi détermine les conditions ainsi que le délai dans lesquels l'incapacité de travail est réévaluée après un processus de réadaptation professionnelle. Toutefois, pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire, ce taux de réduction de capacité de gain est évalué par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance. [...].

§.2 Est reconnu comme étant incapable de travailler le travailleur qui, dans les conditions fixées par le règlement visé à l'article 80, 5°, reprend un travail préalablement autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 p.c."

Le Tribunal renvoie à l'analyse du contenu de cette disposition dans le jugement interlocutoire du 17 octobre 2013 (pt 9, 5e et 6e feuillets).

Il rappelle que, pour bénéficier de l'assurance indemnités, trois conditions distinctes doivent être remplies :

- le travailleur doit avoir cessé toute activité
- cette cessation doit être la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels
- les lésions ou troubles fonctionnels doivent entraîner une réduction de plus de deux tiers de la capacité de gain du travailleur.

En principe, la reprise d'une activité met donc fin à l'incapacité de travail (la première condition n'étant plus remplie) et l'intéressé perd le droit aux indemnités à compter du jour de la reprise du travail.

S'il cesse ultérieurement d'exercer cette activité, il ne peut retrouver le bénéficie de l'indemnisation (pour autant qu'il n'ait pas perdu sa qualité de titulaire) qu'après avoir fait constater à nouveau son incapacité (Cass., 04.09.1974, Bull. INAMI, 1975, p. 53 et R.D.S., 1975, p. 10; C. trav. Mons, 19.05.1988, Bull. INAMI, 1989, p. 24).

L'article 100, § 2 déroge à la condition de capacité de gain fixée par le paragraphe 1er au profit du travail *devenu* incapable de travailler comme prévu audit paragraphe 1er qui reprend *ultérieurement* un travail conformément au paragraphe 2 (Cass., 18.05.2015, S.13.0012.F/10).

L'incapacité de travail de l'article 100, § 2, suppose dès lors la reconnaissance *préalable* de l'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er de la loi du 14 juillet 1994 (Ph. Gosseries, L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire. Notion-critères-évaluation (art. 100, L.C. 14.07.1994; art. 19 et 20, A.R. 20.07.1971), J.T.T. 1997, p. 88, n° 80*bis*). Il existe donc un *lien chronologique* entre les deux.

La conséquence en est que le médecin-conseil ne pourrait situer à une même date le début de l'incapacité reconnue et la reprise du travail autorisée, une seule journée d'inactivité pouvant suffire.

À défaut d'autorisation *préalable* (cet adjectif a par la suite été supprimé mais cette suppression ne s'applique pas en l'espèce), le travailleur ne peut obtenir la régularisation rétroactive de sa situation par une autorisation *a posteriori*.

Pour autant qu'il ait conservé sa qualité de titulaire, il a seulement la possibilité de faire constater à nouveau son incapacité de travail moyennant la cessation de son activité, puis de se faire autoriser à reprendre celle-ci.

Le travailleur doit notamment avoir conservé une réduction d'au moins 50 % de sa capacité *envisagée sur le plan médical.*

Il est admis par la doctrine et la jurisprudence que la réduction de capacité à apprécier est physique ou physiologique, contrairement au critère économique de l'article 100, § 1er (réduction de capacité de *gain*).

Comme pour l'évaluation des 66 %, il n'existe aucun barème quelconque.

Il semblerait logique d'apprécier la perte de capacité en regard d'un travail mi-temps.

Cependant, selon S. Hostaux (Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités, Larcier, 2009, p. 278), il y a lieu de se référer au barème officiel belge de l'invalidité (BOBI).

Pour Ph. Gosseries (op.cit., p. 88, n° 79) également, la réduction de la capacité ne peut, se confondre avec la réduction de la capacité de gain.

Elle est d'ordre physique ou physiologique et non économique (voy. C. trav. Mons, 14.10.2010, R.G. 2009/AM/21.790, consultable sur www.juridat.be).

Il estime toutefois que la référence au BOBI n'est pas obligatoire (contra : C. trav. Gand, 08.02.1990, J.T.T., 1990, p. 229).

M. Dumont est réservé par l'apport à cette position (M. Dumont, L'incapacité, l'invalidité et l'appréciation de la perte d'autonomie en sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants ainsi qu'en risques professionnels. Comment évaluer l'aspect médical ? in F. Etienne et M. Dumont (dir.) ; Regards croisés sur la sécurité sociale, Anthémis 2012, p. 287, n° 24).

P. Palsterman, qu'il cite, estime que les textes des articles 101 et 102, qui se réfèrent manifestement à la condition médicale de l'article 100, § 2 visent explicitement la capacité de travail et tendent aussi à accréditer le point de vue selon lequel les notions de "capacité de gain" ou "capacité de travail" sont en réalité les mêmes notions (P. Palsterman, L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale, Chron. D.S., 2004, p. 312).

Le Tribunal estime que le taux de 50 % vise les travailleurs présentant certaines aptitudes physiques pour être à même de reprendre le travail mais dont les aptitudes normales restent encore sérieusement altérées (J.-Cl. Germain, Le maintien de l'incapacité de travail en cas de reprise du travail, Actualités du droit, Actualités de la sécurité sociale, Revue de la Faculté de droit de Liège, 1993-4, p. 700, cet auteur ayant fait la recension des objectifs attribués par la doctrine à l'ancien art. 56, § 2 de la loi du 09.08.1963 et expliquant que le taux de 50 % n'a jamais été explicitement justifié, certains l'ayant jugé sans fondement).

L'explication la plus cohérente est que la reprise d'une activité à temps partiel ne peut aggraver l'état de santé de l'assuré, d'où l'importance de vérifier sa capacité purement médicale avant de l'autoriser à retravailler et en dessous de ce seuil de 50 %, on considère que le titulaire est capable de reprendre une activité à temps plein sans nuire à sa santé.

Il existe par ailleurs, outre le lien chronologique, un *lien de continuité* entre l'article 100, § 1er et l'article 100, § 2 : le travailleur passant d'un régime à l'autre a droit au *maintien* de son incapacité de travail reconnue.

La doctrine admet cependant que, nonobstant la condition de reconnaissance préalable de l'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er de la loi du 14 juillet 1994, l'incapacité de travail de l'article 100, § 2 ne nécessite plus, lorsqu'elle est constatée selon une réduction de capacité de 50 % au moins sur le plan médical, qu'il y ait encore dans le chef de l'assuré social réduction de capacité à un tiers au moins selon l'article 100, § 1er.

"Aussi, peut-on affirmer que l'article 100, § 2 ne présume pas une incapacité de travail de l'article 100, § 1er, mais formule une autre hypothèse de l'incapacité", (Ph. Gosseries, op. cit., p. 88, n° 88*bis* qui cite J.-C. Germain, op. cit. , p. 707 citant L. Maroy, travail autorisé au cours d'une période d'incapacité de travail, Bull. INAMI, 1984, p. 251 et J. Kiekens, L'interdiction de travailler et le droit aux prestations sociales, : RBSS, 1991, p. 327; C. trav. Liège, 27.03.1987, J.T.T., 1988, p. 205 et R.D.S., 1988, p. 146 ; C. trav. Mons, 25.11.1977, J.T.T., 1978, p. 239, obs. P. Leroy).

Les deux dispositions ne forment donc pas un ensemble indissociable, d'application cumulative.

Les deux paragraphes établissent des incapacités de travail distinctes et indépendantes, obéissant chacune à leurs exigences propres (pour un cas d'application en cas d'autorisation du médecin-conseil de l'organisme assureur de reprendre un travail à temps partiel mais de décision de l'INAMI de fin d'incapacité de travail au sens de l'art. 100, § 1er, voy. Trib. trav. Bruxelles, 06.11.2014, R.G. 13/2017/A, inédit).

Le travailleur reconnu incapable de travailler selon l'article 100, § 2 ne doit donc pas aussi présenter le taux d'incapacité de gain de l'article 100, § 1er.

Il s'en déduit que:

- le travailleur prétendant au régime de l'article 100, § 2 n'est tenu de satisfaire qu'aux conditions d'application de ce seul texte
- une incapacité de gain inférieure au deux tiers n'entraîne pas nécessairement une incapacité de moins de 50 % sur le plan médical et inversément
- l'incapacité de gain ne doit pas être descendue en dessous de 66 % pour obtenir l'autorisation de reprendre le travail
- l'article 100, § 2 n'énonce pas une présomption d'incapacité de travail telle qu'elle est définie par l'article 100, § 1er.

S. Hostaux relève les incohérences de ces appréciations différentes : ainsi, l'assuré social essuiera un refus de reprendre une activité si sa capacité physique ou physiologique est supérieure à 50 % alors qu'il se pourrait qu'il conserve malgré tout une réduction de capacité de gain de 66 % au moins. Si, au contraire, l'assuré reprend la même activité, sans y être autorisé, c'est la réduction de sa capacité de travail (et non de gain) qui sera évaluée (op.cit. p. 279).

16.2.

L'article 101 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 vise une *autre hypothèse*, celle d'une reprise d'activité *sans avoir demandé préalablement (à l'époque) et obtenu l'autorisation du médecin-conseil*.

Selon cette disposition :

"Le travailleur reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation préalable visée à l'article 100, § 2, mais dont la capacité de travail est restée réduite d'au moins 50 % du point de vue médical, est tenu de rembourser les indemnités qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle il a accompli ce travail non autorisé.
Il est toutefois réputé être resté frappé d'une incapacité de travail, et les jours pour lesquels les indemnités d'incapacité de travail sont récupérées en application de l'alinéa 1er sont assimilés à des jours pour lesquels une indemnité a été octroyée pour la fixation des droits aux prestations de la sécurité sociale du titulaire et des personnes dont il a la charge.
Dans des cas dignes d'intérêt, à l'exclusion de ceux où il y a eu une intention frauduleuse, le Comité de gestion du Service des indemnités peut renoncer en tout ou en partie la récupération prévue à l'alinéa 1er ".

Cette disposition ne prévoyait pas à l'époque que le titulaire était soumis à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail étaient réunies à la date de l'examen ni *a fortiori* de délai dans lequel cet examen devait être effectué à compter de la constatation de l'activité non autorisée ou de la communication de celle-ci. Il ne prévoyait pas non plus qu'en cas de décision négative, une décision de fin d'incapacité était notifiée au titulaire dans un délai déterminé par le Roi. Ces dispositions sont en effet entrées en vigueur le 31 décembre 2010 - article 99 de la loi du 28 avril 2010 portant des dispositions diverses.

L'article 101 permet aux conditions strictes qu'il énumère une procédure de régularisation pour tempérer les effets dommageables de la reprise d'une activité non autorisée par le médecin-conseil de l'organisme assureur.

L'objet de cette disposition légale est d'accorder aux travailleurs concernés, selon une sorte de fiction juridique, *le maintien de l'incapacité de travail* malgré le travail qu'ils ont exercé, *ainsi que* de limiter la récupération des indemnités au laps de temps durant lequel ils se sont livrés à l'activité non autorisée.

L'article 101 vise le travailleur qui répond (à l'époque) à deux conditions :

- il est reconnu incapable de travailler
- sa capacité de travail est restée réduite d'au moins 50 % du point de vue médical.

Avant sa modification par l'article 140 de la loi du 25 janvier 1999, cette disposition exigeait en outre que le travail repris sans autorisation ait été compatible avec l'état de santé de l'intéressé.

Le texte tel qu'en vigueur à la date de la reprise de l'activité ne visait donc plus expressément la nécessité d'une activité compatible avec l'état de santé (art. 16 du règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI) ou avec l'affectation en cause (art. 230, § 2 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI).

S. Hostaux rappelle (op. cit., p. 279) qu'en cas de reprise d'activité par l'assuré, sans l'autorisation du médecin-conseil, "c'est la réduction de sa capacité de travail qui est évaluée" (et non la réduction de sa capacité de gain).

Il précise également (op. cit., p. 285) que le titulaire qui reprend une activité sans l'autorisation préalable du médecin-conseil mais dont la capacité de travail est diminuée de 50 % au moins, devra rembourser les indemnités allouées les jours où il a travaillé. Il poursuit "*Son état d'incapacité de travail n'est pas remis en cause* et les journées de travail non autorisé sont assimilées à des périodes d'assujettissement à la sécurité sociale" (souligné par le Tribunal).

Concernant la première condition, J.-Cl. Germain (op. cit., p. 713 souligné et mis en évidence par le Tribunal) précise, au sujet de l'ancien article 56*bis* de la loi du 9 août 1963 (dont le texte est identique à celui de l'art. 101 de la loi coordonnée le 14.07.1994 - l'art. 56 correspondant à l'art. 100 de la même loi) :

"L'imprécision du texte légal conduit à s'interroger sur les différentes périodes au cours desquelles l'incapacité doit être reconnue.

À l'évidence, il est requis que l'incapacité soit reconnue, sur base de l'article 56, § 1er, pendant la période précédant directement la reprise du travail. En l'absence de toute indication sur la durée de cette période, il serait concevable qu'elle fût réduite à une seule journée.

Il est ensuite nécessaire que l'assuré ait été reconnu comme incapable de travailler, au regard du même article, pendant la période d'exercice de son travail. Toutefois, dès le moment où celui-ci est officiellement découvert et constaté, la reconnaissance de l'incapacité sur pied de l'article 56, § 1er, est mise à néant, puisqu'il n y a pas eu cessation de toute activité. C'est alors qu'intervient l'article 56bis pour assurer le maintien d'une incapacité de travail au long de cette période. Il énonce en effet, de manière disgracieuse, mais claire, que le travailleur est "réputé être resté frappé d'une incapacité de travail".

Plus délicate est, prima facie, la question de savoir s'il est indispensable que l'assuré soit également reconnu en incapacité, derechef en vertu de l'article 56, § 1er, au départ de la période qui suit immédiatement la cessation de son travail. La lecture des documents parlementaires inspire le sentiment que les auteurs de l'article 56bis ont eu cette situation principalement en vue, sans apporter la certitude qu'ils l'aient envisagée, à l'exclusion de toute autre. En effet, pourquoi cette disposition légale ne s'appliquerait-elle pas aussi à celui qui a mis fin au travail concerné au moment même où il a cessé d'être en incapacité reconnue, soit parce qu'il a repris sa profession antérieure, soit parce qu'il a abordé un métier normal, soit même parce que son aptitude au travail a été constatée sans reprise d'activité ? Dans cette hypothèse, il est d'une part logique qu'il soit tenu de restituer les indemnités d'incapacité qu'il a perçues pendant qu'il effectuait le travail visé par l'article 56bis.

Mais, d'autre part, il est tout autant conforme aux objectifs de ce dernier que l'intéressé bénéficie, pour la même période, du maintien de l'incapacité de travail en vue de la garantie de ses droits à la sécurité sociale. À notre avis, il est donc opportun de mettre l'article 56bis en oeuvre, que l'incapacité de travail soit reconnue ou ne soit pas reconnue après l'arrêt de l'activité exercée dans les conditions fixées par cet article.

Une telle solution n'est pas contraire à la lettre de celui-ci, de toute façon ambigüe, surtout, elle est parfaitement respectueuse de son esprit".

Le Tribunal partage cette dernière interprétation du texte légal : pour autant qu'il ait été, préalablement reconnu incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1er, (avant d'effectuer un travail sans autorisation préalable), le travailleur dont la capacité de travail est restée réduite d'au moins 50 % du point de vue médical au sens de l'article 100, § 2, retrouve automatiquement son droit aux indemnités après la fin du travail (dans le même sens, Trib. Trav. Nivelles, 28.06.2011, R.G. 10/896/A, confirmé par C. trav. Bruxelles, 05.04.2012, R.G. 2011/AB/690, consultable sur www.terralaboris.be, cité par B. Graulich, L'indu : révision d'une décision, prescription, modalités de la récupération et renonciation à celle-ci, in F. Etienne et M. Dumont (dir.), Regards croisés sur la sécurité sociale, Anthémis 2012, p. 46, n° 89).

Ceci sous réserve qu'aucune décision négative n'ait été prisé par l'organisme assureur ou l'INAMI concernant la troisième condition de l'article 100, § 1er.

Il convient également de rappeler que l'application de l'article 101 précité n'impose pas de vérifier au préalable si le travail a été ou non exercé frauduleusement (C. trav. Bruxelles, 05.04.2012, R.G. 2011/AB/690, consultable sur www.terralaboris.be, le commentaire faisant référence à tort à une réduction de capacité de gain "de 65 % au moins").

L'intention frauduleuse exclut par contre le pouvoir de renoncer à la récupération de l'indu (art. 101, § 2, al. 3).

A.2. En l'espèce

17.

L'expert conclut qu'à partir du 21 avril 2006 et durant les périodes de reprise d'une activité telle que visée au jugement interlocutoire du 17 octobre 2013, Monsieur B. répondait aux critères fixés par l'article 100, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, complétée par l'article 101 de la loi.

L'O.A. accepte cette conclusion.

Il en découle que Monsieur B. est tenu de rembourser les indemnités qu'il a perçues (uniquement) pour les jours (ou la période, si les jours ne peuvent être déterminés avec précision) durant lesquels ou laquelle il a accompli ce travail non autorisé.

Par ailleurs, Monsieur B. est réputé être resté frappé d'une incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et les jours pour lesquels les indemnités d'incapacité de travail sont récupérées sont assimilés à des jours pour lesquels une indemnité a été octroyée pour la fixation de ses droits aux prestations de la sécurité sociale (et éventuellement des personnes dont il aurait la charge).

18.

L'expert conclut également qu'à la date du 21 avril 2006 (et jusqu'au 01.09.2013), Monsieur B. ne répondait pas aux critères fixés par l'article 100, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Monsieur B. ne peut marquer son accord sur les conclusions de l'expert sur ce point.

Il reprend les observations formulées par lettre du 23 février 2014 (dont le tribunal ne dispose pas mais qui sont largement reprises dans ses conclusions après seconde expertise) en réaction aux préliminaires de l'expert.

Il critique ensuite les réponses données par l'expert à ses observations :

- l'expert judiciaire a estimé à tort qu'il n'y a pas d'objectivation de la gravité des affections dont il est atteint
- la pathologie lombaire et l'irritation des sacro-illiaques ne paraissent pas modérées
- le fait qu'une spondylarthrite ankylosante (synonyme d'inflammations chroniques) ait été diagnostiquée ultérieurement ne signifie pas qu'elle n'existait pas auparavant; c'est le résultat de toute une évolution clinique tendant à diagnostiquer des troubles intenses et chroniques dont il souffre
- il présente aussi certains troubles dépressifs, des phénomènes discopathiques cervicaux et lombaires, une cirrhose hépatique débutanfe dans un contexte d'hépatite C
- il convient d'accorder une certaine confiance aux constats médicaux établis par ses médecins-traitants, par les spécialistes ayant fait des constats ainsi que par le médecin-conseil de l'O.A. réalisés de 2001 à 2008 et encore en 2011 ayant abouti à chaque fois à la reconnaissance d'une incapacité de travail de plus de 66 %
- l'expert se fonde notamment sur l'examen clinique réalisé en 2014 pour reconnaître une incapacité de travail de plus de 66 % à partir du 1er septembre 2013

- monsieur B. ne peut être tenu responsable de la durée de la procédure ni du refus systématique de la mutualité de l'examiner dans l'attente de l'issue du procès en cours
- il reprend les constatations déjà effectuées par le premier expert, le docteur Rampelberg qui concluait à l'interdiction des travaux lourds et en position penchée, en raison de son état de santé.

Il estime qu'une incapacité de travail à plus de 66 % peut être reconnue durant toute la période litigieuse avec un haut degré de vraisemblance : du 21 avril 2006 au 31 décembre 2008 (vu la reconnaissance du taux de 50 %) et à partir du 1er janvier 2009 (période de cessation du paiement des indemnités d'incapacité de travail), pour son type de profession, soit des travaux manuels lourds.

Il demande au Tribunal, à titre principal, d'écarter partiellement le rapport d'expertise du docteur P. Robert et de condamner l'O.A. à lui payer les indemnités d'incapacité de travail depuis le 21 avril 2006, majorées des intérêts légaux et judiciaires, sous déduction des montants qui ont déjà été versés pour cette période.

L'O.A. se pose quant à elle la question de la cohérence des conclusions de l'expertise: pour pouvoir répondre à l'article 100, § 2 (et donc pour arriver à l'application de l'art. 100, § 1er - lire : 101), il faut avant tout que l'intéressé réponde aux critères de l'article 100, § 1er.

Or, l'expert mentionne que l'intéressé ne répondait pas (lire : aux critères de) à l'article 100, § 1er à la date litigieuse.

La mutuelle "n'a aucune objection contre le fait que le Tribunal estimerait que l'expert s'est manifestement mal exprimé ou bien s'il y a lieu de l'interpeller quant à la portée exacte des termes de son rapport" (sic). Elle n'indique pas dans quel sens l'expert aurait dû "correctement s'exprimer".

19.

Le Tribunal estime que la perplexité de l'O.A. repose sur une prémisse erronée.

D'une part, il n'est pas contestable ni du reste contesté qu'avant la première reprise de l'activité (travail intérimaire comme chauffeur) du 21 avril 2006 (qui n'est pas visée par la décision de l'INAMI en raison de la prescription), Monsieur B. était bien incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1er de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

D'autre part, comme développé au point 16.1 du présent jugement, l'article 100, § 2 ne présume pas une incapacité de travail de l'article 100, § 1er, mais formule une autre hypothèse de l'incapacité.

L'incapacité de travail de l'article 100, § 2, ne nécessite plus, lorsqu'elle est constatée selon une réduction de capacité de 50 % au moins sur le plan médical, qu'il y ait encore dans le chef de l'assuré réduction de capacité à un tiers au moins selon l'article 100, § 1er.

Toutefois, en l'espèce, ni l'INAMI ni l'O.A. n'ont jamais formellement décidé que les lésions ou troubles fonctionnels dont souffre Monsieur B. n'entraînaient plus à la date du 21 avril 2006 une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition, et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Ces organismes ne produisent du reste aucune lettre recommandée par laquelle ils auraient mis fin formellement à l'invalidité de Monsieur B., pour ce motif, à partir du 21 avril 2006 (début de la reprise de l'activité intérimaire, non visée dans la décision de l'INAMI du 23.06.2009 de notification d'une sanction administrative).

Les décisions de l'O.A. des 5 février 2009, 27 mars 2009 et 13 avril 2011 ont pour seul objet la récupération d'un indu et non l'absence de réduction de la capacité de gain à un taux inférieur ou égal au tiers.

La fin d'incapacité de travail résulte (implicitement mais exclusivement) de l'absence de cessation de toute activité au sens de l'article 100; § 1er de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

La décision est donc fondée sur *la première condition* prévue par cette disposition et non la troisième condition médico-légale.

Certes, dans le jugement interlocutoire du 17 octobre 2013, le Tribunal relevait que par une décision subséquente également visée dans la précédente procédure, la mutualité a considéré que Monsieur B. ne répondait plus à la notion d'incapacité au sens de l'article 100 (§ 1er) de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, à partir du 8 févier 2011 (n° 13, 8e feuillet *in fine*).

Le Tribunal se demandait toutefois, si cette decision avait été prise suite à un examen médical, comme mentionné dans la décision contestée notifiée le 7 février 2011.

Selon le rapport médical produit par l'O.A. (dans la cause R.G. 6032/11), son médecin-conseil, le docteur K. a motivé sa décision par le fait qu'au moment de la déclaration d'incapacité de travail, Monsieur B. ne rentrait pas dans les critères pour avoir droit aux indemnités de la mutualité et qu'il est exclu des indemnités par une sanction de l'INAMI suite au constat d'une reprise d'une activité professionnelle à partir du 6 novembre 2006, avec pour conséquence qu'il n'a plus droit aux indemnités suite à l'application de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (sic).

Ce médecin justifie ensuite son avis par référence à la contestation judiciaire par Monsieur B. de la décision de l'INAMI du 20 novembre 2008.

La décision de l'O.A. du 7 février 2011 n'a donc pas été prise suite à un examen *médical* de son médecin-conseil.

Elle est de plus motivée différemment, par référence à la *deuxième* des trois conditions de l'article 100, § 1er, étant que la cessation des activités de Monsieur B. (qui n'a jamais repris le travail après le 30.09.2008) n'est pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou troubles fonctionnels et le fait que "la décision du Tribunal du travail doit être attendue" (alors que le premier jugement de désignation d'un expert est intervenu le 22.12.2011). En effet, la sanction d'exclusion de l'INAMI est limitée à 35 indemnités. Elle ne peut donc justifier à elle seule l'avis du médecin-conseil.

Il n'était en fait pas nécessaire d'interroger l'expert sur la reconnaissance d'une incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er précité à la date du 21 avril 2006, les incapacités de l'article 100, § 1er et § 2 visant deux hypothèses différentes et aucune décision n'ayant été prises par l'INAMI ou l'O.A. sur la réduction de la capacité de gain à un taux inférieur ou égal au tiers selon la deuxième condition requise par l'article 100, § 1er.

20.

Le Tribunal a néanmoins confié au premier expert la mission de dire, si à la date du 21 avril 2006 et postérieurement, Monsieur B. répondait aux critères fixés par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et "subsidiairement" aux critères de l'article 101.

À l'instar du Ministère public et contrairement à l'avis de l'expert, le Tribunal a également acquis la conviction qu'à la date du 21 avril 2006 et depuis lors, les lésions ou troubles fonctionnels dont souffre Monsieur B. entraînaient toujours une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Le Tribunal rappelle qu'après examen, en séance du 3 octobre 2008, du rapport médical de réexamen, le Conseil médical de l'invalidité du service des indemnités de l'INAMI a prolongé la reconnaissance de l'état d'invalidité de l'intéressé *jusqu'au 31 juillet 2009* (cf. le dossier administratif non inventorié ni paginé de l'O.A. déposé dans le cadre de la cause R.G. 09/7546/A).

Il est regrettable que ni l'INAMI ni l'O.A. ne produise l'intégralité du dossier médical de Monsieur B., en ce compris les autorisations reçues du médecin-conseil ainsi que les rechutes et les reprises en charges.

Le Tribunal n'aperçoit pas pour quel motif l'expert ne l'admet pas ni pourquoi cette reconnaissance de l'état d'invalidité de l'intéressé se serait éventuellement modifiée alors qu'elle était bien reconnue au moins jusqu'au 31 juillet 2009 (ce dont l'expert n'était manifestement pas informé).

Monsieur B. n'a pas terminé ses études secondaires.

Il est en incapacité de travail depuis le 6 août 2001.

Il n'a pas achevé, en 2003, une formation en informatique de base, vu les douleurs physiques ressenties par l'intéressé lors de cette formation.

Il n'a pas non plus mené à son terme la rééducation professionnelle proposée d'installateur sanitaire-chauffage pour laquelle le Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'INAMI avait marqué son accord, le 22 novembre 2006, après un examen d'orientation professionnelle du CTR du 25 mars 2005 (pièce n° 3 *incomplète* de son dossier).

Depuis le 22 février 2007, il est reconnu comme personne handicapée (certes sans précision d'un taux de 66 %) et peut bénéficier des aides proposées par le Service bruxellois francophone des personnes handicapées dépendant de la Commission communautaire française (actuellement PHARE).

Il a toujours exercé un métier manuel depuis 1976 (manoeuvre dans une entreprise de bâtiment, travail de magasinier et élagages d'arbres).

Depuis 1986, il a toujours travaillé dans le secteur du transport comme chauffeur (chauffeur d'autocar, chauffeur livreur, transport de palettes) tant dans le transport national qu'international.

Le Tribunal a précisé, sans être contredit par l'O.A., que Monsieur B. ne peut certainement pas prétendre à exercer une profession "intellectuelle" dans le sens où on entend par là qu'il puisse mettre en oeuvre un savoir particulier et faire valoir une expérience en ce domaine en sorte qu'il n'est pas réaliste de vérifier son adéquation au travail ailleurs que dans la sphère du métier qu'il a toujours exercé (pt 17, 10e et 11e feuillets du jugement interlocutoire du 17.10.2013).

L'une des critiques du rapport du premier expert portait précisément sur le fait que celui-ci estimait que Monsieur B. est capable d'effectuer un travail d'un certain niveau intellectuel ainsi que certains travaux manuels, tels que celui de magasinier, de chauffeur (pas nécessairement de camions mais certainement d'autobus) et bien d'autres travaux manuels plutôt légers n'entraînant pas la nécessité de faire un travail penché en avant mais certainement un travail debout.

Le docteur R. ne précise plus de profession manuelle concrètement accessible à Monsieur B. dans le groupe de professions qui est le sien.

Selon la Cour de cassation, *"L'arrêt ne justifie pas légalement sa décision suivant laquelle le défendeur est atteint d'une incapacité de travail, par la seule considération qu'il ne peut plus exercer un travail lourd dans une profession non spécialisée, sans examiner, comme le sollicitait le demandeur, si le taux d'incapacité légalement requis existe aussi par rapport aux professions son spécialisées n'exigeant pas un travail lourd "* (Cass., 26.02.1990, Pas., 1990, p. 755).

Monsieur B. exerçait toutefois une profession spécialisée en sorte que cette jurisprudence n'est pas pertinente en l'espèce.

L'articulation de l'avis de l'expert concernant les 50 % d'incapacité de travail d'un point de vue médical, présents depuis le 21 avril 2006 et l'absence des 66 % au moins du 21 avril 2006 au 31 août 2013 est difficilement compréhensible, même en tenant compte de l'évolution constatée par l'expert au point de vue des rachialgies et surtout de l'affection hépatique.

21.

Le Tribunal en conclut qu'à la date du 21 avril 2006 et depuis lors, les lésions ou troubles fonctionnels dont souffre Monsieur B. entraînaient toujours une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer dû fait de sa formation professionnelle.

22.

Les décisions de l'O.A. des 5 février 2009, 27 mars 2009, 7 février 2011 et 14 avril 2011 doivent par conséquent être annulées.

La demande de l'O.A. de remboursement des sommes de 28.415,23 EUR (période du 16.11.2006 au 31.12.2008) et de 7.307,94 EUR (période du 21.04.2006 au 15.11.2006) est dès lors très partiellement fondée.

L'O.A. ne peut en effet récupérer les indemnités payées à Monsieur B. que pour *les jours* (et non les périodes) durant lesquels il est établi que l'intéressé a travaillé puisque ces jours peuvent être déterminés avec précision par les différents employeurs intérimaires (même si ces jours n'apparaîtraient pas par la seule lecture des bons trimestriels de cotisation de sécurité sociale transmis par la Banque-carrefour de la sécurité sociale).

L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué (art. 174, 5° de la loi coordonnée le 14.07.1994).

Ce délai de prescription n'est pas applicable dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait été provoqué par des manoeuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité.

Dans ce cas, le délai de prescription est de 5 ans (art. 174, (devenu) al. 11 de la loi coordonnée le 14.07.1994).

Pour interrompre une prescription prévue à l'article 174 précité, une lettre recommandée à la poste suffit. L'interruption peut être renouvelée (art. 174, (devenu) al. 12 de la loi coordonnée le 14.07.1994).

Le Tribunal constate que l'O.A. fait application du délai de prescription de cinq ans, comme demandé par l'INAMI, pour la récupération de la somme de 7.307,94 EUR (période du 21.04.2006 au 15.11.2006, la prescription ayant été interrompue par lettre recommandée du 14.04.2011).

En effet, selon l'INAMI, l'activité non autorisée a été exercée de manière répétée durant une longue période, ce qui justifierait de retenir l'intention frauduleuse.

Monsieur B. conteste être de mauvaise foi et estime que le délai de prescription de deux ans doit être retenu.

Il n'apparaît pas clairement de ses lettres recommandées des 5 février 2009 et 27 mars 2009 de quel délai de prescription (deux ou cinq ans) l'O.A. a fait application pour la récupération des indemnités d'incapacité de travail à partir du 16 novembre 2006, la prescription ayant été interrompue par lettre recommandée datée du 5 février 2009, soit plus de deux ans après la fin du mois de novembre 2006.

Le Tribunal invite dès lors les parties à développer leurs arguments concernant le délai de prescription applicable, et son interruption par l'O.A., à l'action en récupération des indemnités payées à Monsieur B. pour les jours durant lesquels il est établi que l'intéressé a travaillé.

…

PAR CES MOTIFS,

Le tribunal,

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare la demande de Monsieur B. contre l'O.A. et la demande de l'O.A. contre Monsieur B. partiellement fondées.

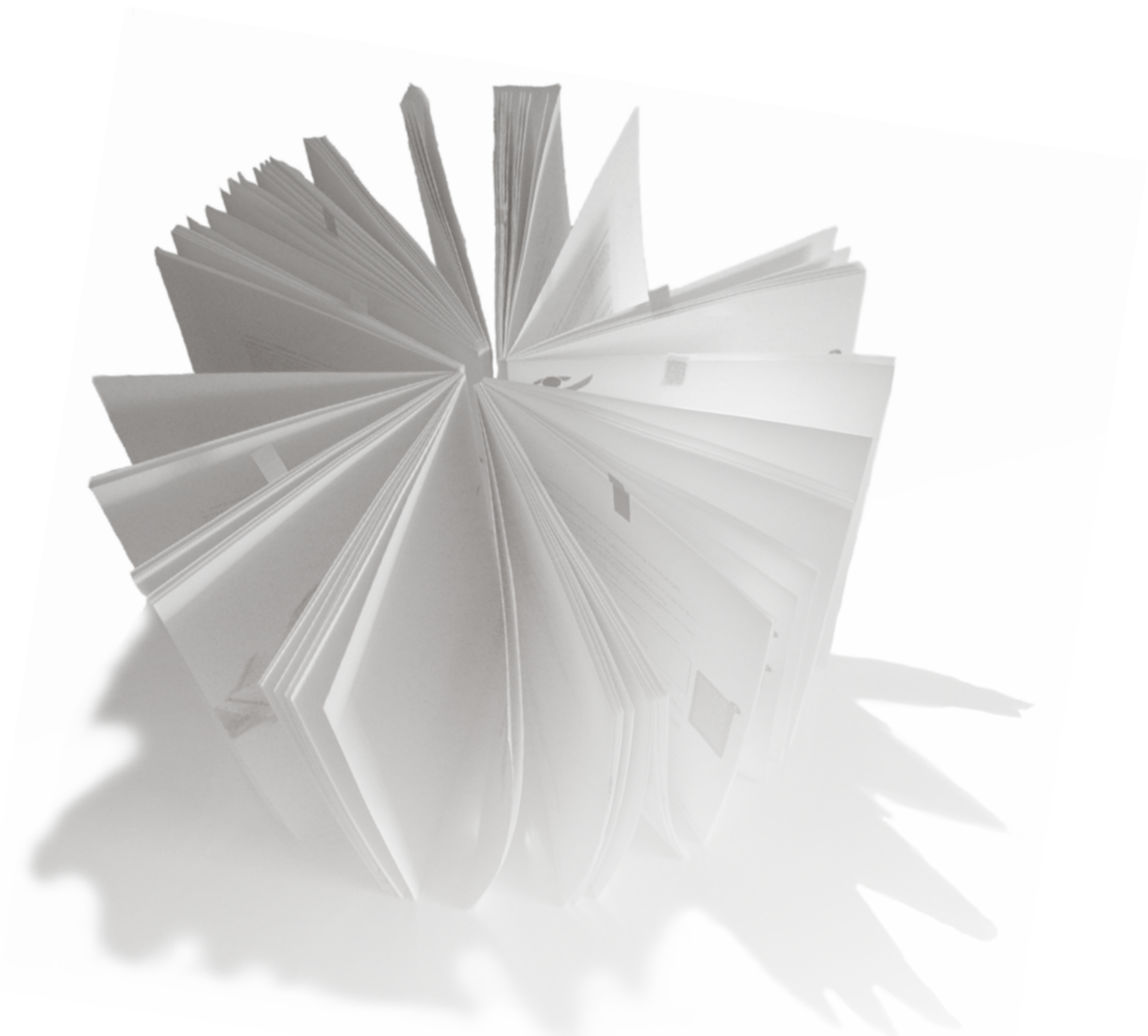
Écarte partiellement les conclusions du rapport d'expertise du docteur P. R.

Dit pour droit qu'à partir du 21 avril 2006 et depuis lors, Monsieur B. répondait toujours aux critères fixés tant par l'article 100, § 1er que 100, § 2 et 101 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En conséquence, annule les décisions de l'O.A. des 5 février 2009, 27 mars 2009, 7 février 2011 et 14 avril 2011.

…

4e Partie
Questions et réponses parlementaires



I. Assistance au sevrage tabagique

Consultations auprès d'un tabacologue - Remboursements - Gestion par l'INAMI jusque fin 2015 - Chiffres des demandes de remboursements - Nombre de tabacologues reconnus

Question n° 6 posée le 23 octobre 2014 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Madame la Représentante LAHAYE-BATTHEU [1]

Depuis le 1er octobre 2009, les personnes qui souhaitent arrêter de fumer peuvent bénéficier d'une intervention financière dans le cadre de l'assistance au sevrage tabagique. Depuis lors, un remboursement peut en effet être obtenu pour un certain nombre de consultations auprès d'un tabacologue. Un tabacologue est un médecin généraliste ou un professionnel de la santé (kinésithérapeute, infirmier (ère), sage-femme) ayant suivi une formation interuniversitaire complémentaire et plus spécifiquement la formation "Tabacologie et Accompagnement au sevrage tabagique".

Un remboursement est prévu pour les huit premières consultations chez un tabacologue agréé pour autant qu'elles soient étalées sur une période de moins de deux ans. L'intervention financière est fixée à 30 EUR pour la première consultation et à 20 EUR pour les sept séances suivantes. Les femmes enceintes bénéficient d'un remboursement de 30 EUR pour chacune des huit consultations.

1. a) Combien de personnes consultent un tabacologue chaque année ?

   b) Quel est le pourcentage des participants qui, après une première séance, en suivent effectivement huit (ou plus) ?

2. Combien de demandes de remboursement ont été introduites chaque année depuis 2010 et à combien le coût annuel de cette intervention financière s'est-il élevé ?

3. Combien de tabacologues agréés la Belgique compte-t-elle ?

4. a) Combien de fumeurs ont réussi leur sevrage chaque année depuis 2010 ?

   b) Des enquêtes sont-elles réalisées pour pouvoir évaluer le taux de réussite ?

Réponse

En préambule de la réponse à vos questions, je souhaite vous rappeler le contexte actuel de la sixième réforme de l'État.

L'arrêté royal du 31 août 2009 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités pour l'assistance au sevrage tabagique est entré en vigueur le 1er octobre 2009.

1. Bulletin n° 019, Chambre, session ordinaire 2014-2015, p. 202.

Suite à la 6e réforme de l'État, cette compétence a été transférée le 1er juillet 2014 aux entités fédérées (Communautés, Régions ou Commissions communautaires). La réglementation existante reste d'application jusqu'à ce qu'une entité fédérée décide d'y apporter des modifications ou d'instaurer de nouvelles règles.

Au cours de la période de transition, jusque fin 2015, l'INAMI gère encore les dossiers relatifs à cette compétence transférée, mais agit au nom et pour le compte des entités fédérées.

1. a) En 2010, 25.678 interventions ont été enregistrées,

   - contre 35.316 en 2011,
   - 36.214 en 2012 et
   - 38.335 en 2013.

   b) Pour répondre à cette question, il faut être en mesure de suivre de manière longitudinale dans le temps les soins dispensés aux patients individuels.

L'échantillon permanent dont dispose l'INAMI devrait le permettre en théorie, mais la représentativité (1/40e de la population) est trop faible pour répondre à ce genre de question, eu égard au volume très réduit du groupe de patients total qui reçoit un remboursement pour cet accompagnement du sevrage tabagique.

Bien qu'aucun chiffre exact ne soit donc disponible à ce sujet, la VRGT relève qu'en cas de tentative de sevrage tabagique, une première séance est normalement suivie de deux séances de suivi. L'accomplissement effectif de 8 séances s'avère en pratique exceptionnel.

2. En 2010, 25.678 demandes de remboursement ont été honorées pour un montant total de 610.628 EUR.

   En 2011, 35.316 demandes de remboursement ont été honorées pour un montant total de 837.252 EUR.

   En 2012, 36.214 demandes de remboursement ont été honorées pour un montant total de 858.857 EUR.

   En 2013, 38.335 demandes de remboursement ont été honorées pour un montant total de 910.852 EUR.

3. Le nombre de tabacologues reconnus croît chaque année et la liste des tabacologues reconnus est régulièrement communiquée à l'INAMI par la VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding) et le FARES (Fonds des affections respiratoires), et est également disponible en continu sur leur site web.

La plus récente liste VRGT disponible à l'INAMI comprend 209 tabacologues néerlandophones reconnus et la plus récente liste FARES disponible à l'INAMI mentionne 224 tabacologues francophones reconnus.

4. a) L'INAMI ne dispose pas de chiffres spécifiques concernant l'arrêt du tabac couronné de succès grâce à ce remboursement de séances de sevrage tabagique.

   b) Une récente enquête menée par la Fondation contre le cancer, basée sur des interviews réalisées dans la période du 26 mars au 28 avril 2014 auprès de 4.007 Belges âgés de 15 à 75 ans révèle que 23 % de cet échantillon sont d'anciens fumeurs.

L'échantillon recensait cependant aussi 26 % de fumeurs, ce qui démontre qu'il est important de continuer à soutenir le sevrage tabagique.

II. Incapacité de travail

Déclaration tardive - Chiffres

Question n° 35 posée le 5 novembre 2014 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant SPOOREN [1]

En cas d'incapacité de travail, l'assuré social est tenu de faire une déclaration auprès de sa mutuelle dans un délai fixé légalement. Ce délai est fixé par la loi et sa durée varie selon le statut du demandeur (ouvrier, employé, chômeur, indépendant). En cas de déclaration tardive, l'assuré perd 10 % de ses indemnités entre le début de son incapacité de travail et la date de la déclaration.

Pouvez-vous fournir un aperçu du nombre de déclarations tardives d'incapacité de travail pour la période de 2011 jusqu'au troisième trimestre de 2014 (par an) et spécifier le montant qui n'a pas été versé en application de la sanction pour déclaration tardive ?

Pouvez-vous ventiler les chiffres :

a) par organisme assureur et selon le statut de l'assuré

b) par Région et selon le statut de l'assuré ?

Réponse

Vous trouverez en annexe les chiffres concernant les déclarations tardives de l'incapacité de travail. Ces données chiffrées m'ont été communiquées par le Service des indemnités de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

Vu que les assurés sociaux doivent déclarer leur incapacité de travail auprès du médecin-conseil de leur mutualité et non auprès de l'INAMI, l'INAMI ne dispose pas de données chiffrées concernant le nombre d'assurés ayant fait une déclaration tardive de l'incapacité de travail donnant lieu à une retenue de 10 % sur les indemnités.

L'INAMI peut uniquement fournir des chiffres concernant le nombre de déclarations tardives de l'incapacité de travail pour lesquelles une demande de levée de sanction a été introduite auprès du Fonctionnaire dirigeant du Service des indemnités (en application de l'art. 9 du Règlement du 16 .04.1997 et de l'art. 58*ter* de l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants).

Vous trouverez en annexe les données chiffrées disponibles pour la période demandée, soit de 2011 jusqu'au troisième trimestre 2014, à savoir le nombre de demandes de levée de sanction pour déclaration tardive introduites auprès du Service des Indemnités de l'INAMI ainsi que le montant qui a ou n' a pas été payé, ventilé par l'Union nationale et selon le statut de l'assuré (P= Payé suite à une levée de sanction, NP = Non-payé suite à un refus de levée de sanction).

Une ventilation par Région n'est toutefois pas possible. L'INAMI n'a en effet pas de contact direct avec les assurés sociaux mais bien avec les organismes assureurs.

1. Bulletin n° 019, Chambre, session ordinaire 2014-2015, p. 229.

Année	Union nationale	Statut	Décision	Nombre	Montant
2011	100	Ouvrier	P	92	9.341,98
			NP	66	5.552,80
		Employé	P	60	8.919,96
			NP	50	6.999,14
		Enseignant	P	0	0
			NP	4	453,88
		Intérimaire	P	6	720,54
			NP	3	213,94
		Chômeur	P	165	14.782,36
			NP	26	3.271,53
		Indépendant	P	22	6.862,08
			NP	9	3.187,22
	200				
	300	Ouvrier	P	31	3.159,68
			NP	40	4.096,71
		Employé	P	29	3.257,56
			NP	32	3.990
		Enseignant	P	1	507,79
			NP	1	41,48
		Secteur public	P	1	60,84
			NP	0	0
		Intérimaire	P	0	0
			NP	1	46,1
		Chômeur	P	55	4.032,31
			NP	14	866,48
		Indépendant	P	4	285,83
			NP	2	103,75
	400	Ouvrier	P	2	113,66
			NP	0	0
		Employé	P	1	56,61
			NP	0	0
		Chômeur	P	3	288,02
			NP	2	41,52
		Indépendant	P	1	99,77
			NP	0	0
	500	Ouvrier	P	36	3.359,01
			NP	21	1.997,11
		Employé	P	35	5.377,43
			NP	19	1.766,28
		Journalier	P	0	0
			NP	1	134,86
		Enseignant	P	0	0
			NP	1	118,8
		Intérimaire	P	1	27,5
			NP	1	101,85
		Chômeur	P	62	4.321,70
			NP	15	1.313,38
		Indépendant	P	13	6.396,78
			NP	5	2.069,57
	600	Ouvrier	P	3	241,88
			NP	0	0
		Employé	P	2	242,57
			NP	0	0
		Chômeur	P	1	27,65
			NP	0	0
Total				**939**	

Année	Union nationale	Statut	Décision	Nombre	Montant
2012	100	Ouvrier	P	84	6.736,06
			NP	34	3.414,71
		Employé	P	69	7.905,79
			NP	41	5.081,81
		Secteur public	P	1	29,76
			NP	0	0
		Intérimaire	P	4	444,2
			NP	2	82,68
		Chômeur	P	169	14.375,76
			NP	20	1.217,56
		Indépendant	P	21	9.685,64
			NP	6	857,91
	200	Employé	P	0	0
			NP	1	311,04
		Chômeur	P	1	221,7
			NP	0	0
	300	Ouvrier	P	48	5.057,62
			NP	34	2.626,08
		Employé	P	26	4.198,59
			NP	17	2.551,20
		Enseignant	P	2	703,33
			NP	0	0
		Chômeur	P	99	8.304,81
			NP	20	1.372,98
	400	Employé	P	1	75,9
			NP	4	433,55
	500	Ouvrier	P	63	4.956,47
			NP	32	2.370,84
		Employé	P	59	10.207,94
			NP	23	3.317,39
		Enseignant	P	3	193,2
			NP	0	0
		Intérimaire	P	3	386,5
			NP	0	0
		Chômeur	P	76	7.088,29
			NP	16	4.637,75
		Indépendant	P	22	11.046,33
			NP	4	557,27
	600	Ouvrier	P	1	71,4
			NP	0	0
		Employé	P	3	189,03
			NP	0	0
		Enseignant	P	0	0
			NP	1	55,98
		Intérimaire	P	1	328,54
			NP	0	0
		Chômeur	P	1	69,87
			NP	0	0
		Indépendant	P	1	464,64
			NP	0	0
Total				**1.013**	

Année	Union nationale	Statut	Décision	Nombre	Montant
2013	100	Ouvrier	P	57	4.945,49
			NP	23	1.850,93
		Employé	P	48	7.336,64
			NP	22	4.345,66
		Enseignant	P	0	0
			NP	1	102,72
		Intérimaire	P	0	0
			NP	3	274,54
		Chômeur	P	113	8.686,99
			NP	13	1.351,45
		Indépendant	P	13	4.874,72
			NP	0	0
	200	Ouvrier	P	1	258,4
			NP	1	128,31
		Employé	P	1	439,73
			NP	0	0
		Chômeur	P	1	57,07
			NP	0	0
	300	Ouvrier	P	52	5.664,19
			NP	30	2.573,17
		Employé	P	37	4.366,68
			NP	19	2.359,76
		Enseignant	P	1	409,68
			NP	4	886,91
		Intérimaire	P	2	212,54
			NP	0	0
		Chômeur	P	84	6.500,25
			NP	20	3.525,85
		Indépendant	P	1	360,5
			NP	0	0
	400	Ouvrier	P	2	104,2
			NP	1	64,02
		Employé	P	2	288,41
			NP	3	409,42
		Chômeur	P	0	0
			NP	2	181,97
		Indépendant	P	0	0
			NP	1	348,62
	500	Ouvrier	P	58	6.490,56
			NP	16	1.470,63
		Employé	P	53	6.572,72
			NP	11	1.846,97
		Enseignant	P	1	78,28
			NP	0	0
		Secteur public	P	1	34,68
			NP	0	0
		Chômeur	P	90	6.907,16
			NP	6	275,81
		Indépendant	P	20	4.829,59
			NP	4	1.114
	600	Ouvrier	P	1	30,2
			NP	1	109,2
		Employé	P	1	98,6
			NP	0	0
		Chômeur	P	2	430,2
			NP	0	0
Total				**823**	

Année	Union nationale	Statut	Décision	Nombre	Montant
2014	100	Ouvrier	P	77	6.117,79
			NP	17	1.895,08
		Employé	P	64	7.827,08
			NP	14	1.562,39
		Enseignant	P	1	235,6
			NP	0	0
		Intérimaire	P	1	108,37
			NP	0	0
		Chômeur	P	136	11.009,71
			NP	8	1.136,38
		Indépendant	P	9	1.714,46
			NP	6	1.743,01
	200	Ouvrier	P	1	50,89
			NP	0	0
		Employé	P	2	349,74
			NP	0	0
		Chômeur	P	2	244,24
			NP	0	0
	300	Ouvrier	P	44	4.730,78
			NP	33	2.762,61
		Employé	P	28	4.325,45
			NP	28	2.840,77
		Journalier	P	0	0
			NP	1	82,83
		Enseignant	P	1	187,5
			NP	0	0
		Intérimaire	P	1	194,12
			NP	0	0
		Chômeur	P	54	3.826,31
			NP	17	819,63
		Indépendant	P	1	262,79
			NP	0	0
	400	Ouvrier	P	5	460,04
			NP	13	1.541,58
		Employé	P	3	334,02
			NP	10	753,14
		Enseignant	P	0	0
			NP	1	27,7
		Intérimaire	P	0	0
			NP	1	42,08
		Chômeur	P	3	386,98
			NP	2	128,84
		Indépendant	P	0	0
			NP	3	223,49
	500	Ouvrier	P	46	5.644,97
			NP	12	1.315,87
		Employé	P	52	7.150,87
			NP	4	275,58
		Enseignant	P	0	0
			NP	1	244,59
		Secteur public	P	1	59,04
			NP	0	0
		Intérimaire	P	0	0
			NP	1	76,13
		Chômeur	P	74	5.511,66
			NP	6	422,37
		Indépendant	P	11	5.772,78
			NP	3	2.192,19
	600	Ouvrier	P	0	0
			NP	1	48,95
		Employé	P	1	102,57
			NP	0	0
		Chômeur	P	2	127,57
			NP	0	0
Total				**802**	

P = Payé suite à une levée de sanction

NP = Non-payé suite à un refus de levée de sanction

Organismes assureurs :

100 = Alliance nationale des mutualités chrétiennes
200 = Union nationale des mutualités neutres
300 = Union nationale des mutualités socialistes
400 = Union nationale des mutualités libérales
500 = Union nationale des mutualités libres
600 = Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité

III. Incapacité de travail à l'étranger

Droit aux indemnités - Séjour temporaire autorisé par le médecin-conseil - Levée des conditions nationales de territorialité - Reprise de travail - Contrôle médical - Autorisation par l'organisme assureur belge

Question n° 134 posée le 23 février 2015 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant SPOOREN[1]

Les bénéficiaires d'indemnités d'incapacité de travail en Belgique conservent le droit à ces indemnités s'ils séjournent temporairement à l'étranger ou s'ils s'y domicilient. Ils ne sont pas tenus de demander l'autorisation du médecin-conseil compétent et doivent seulement aviser leur mutualité belge de leur départ.

Pour vérifier si l'incapacité de travail est toujours réelle et pour prévenir les abus, la mutualité belge auprès de laquelle la personne en incapacité de travail est affiliée peut adresser une demande de contrôle à l'organisme compétent du lieu de séjour ou de résidence de l'intéressé à l'étranger.

Cet organisme adressera un rapport médical au médecin conseil de la mutualité belge (par l'entremise de l'INAMI) pour que celui-ci puisse décider de prolonger ou non l'incapacité de travail.

Si le bénéficiaire d'indemnités reprend une activité professionnelle à l'étranger, il est tenu d'en avertir l'organisme compétent dans le pays en question et les indemnités belges seront recalculées sur la base de ses nouveaux revenus.

Si le bénéficiaire d'indemnités omet d'informer l'organisme concerné ou sa mutualité en Belgique, la reprise non déclarée d'une activité professionnelle donnera lieu à la suspension du droit aux indemnités d'invalidité à partir du premier jour de la reprise.

1. J'aimerais obtenir un aperçu, pour les cinq dernières années, du nombre de personnes qui reçoivent à l'étranger (en répartissant les chiffres par pays) des indemnités d'incapacité de travail octroyées par la sécurité sociale belge.

2. Combien de demandes de contrôle les mutualités belges ont déjà été introduites au cours de cette période (par mutualité) et dans combien de cas l'incapacité de travail a-t-elle été suspendue sur la base du rapport médical ?

3. Dans combien de cas les indemnités d'incapacité de travail ont-elles été recalculées après la reprise d'une activité professionnelle à l'étranger et dans combien de dossiers le droit aux indemnités d'invalidité a-t-il été suspendu pour non-déclaration de la reprise du travail (veuillez fournir les chiffres, par pays, pour les cinq dernières années) ?

1. Bulletin n° 025, Chambre, session ordinaire 2014-2015, p. 127.

Réponse

Je souhaite tout d'abord attirer votre attention sur le fait que la législation belge relative à l'assurance maladie invalidité des travailleurs salariés et indépendants prévoit une condition de territorialité, de sorte que le bénéfice d'une indemnité d'incapacité de travail dépend en principe de la présence du travailleur sur le territoire belge (art. 136, § 1er, de la Loi SSI ; art. 25 de l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants).

Une exception à ce principe de territorialité concerne le séjour temporaire à l'étranger préalablement autorisé par le médecin-conseil, tout en conservant sa résidence principale en Belgique (art. 294, § 1er, 1°, et § 3, de l'A.R. du 03.07.1996).

Il est dérogé à ces principes lorsque la Belgique est liée par un instrument de législation supranational ou international qui prévoit une levée des conditions de territorialité pour le paiement des prestations d'incapacité de travail.

Ainsi, la législation belge susmentionnée ne trouve pas application lorsqu'un titulaire d'une indemnité d'incapacité belge séjourne temporairement ou réside sur le territoire d'un pays inclus dans le champ d'application territorial des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale 883/2004/CE et 987/2009/CE, notamment les 28 États membres de l'Union Européenne, les États membres de l'Espace Économique européen (Norvège, Islande et Liechtenstein) ou la Suisse (art. 7 du Règlement 883/2004).

La Belgique a également conclu des conventions bilatérales de sécurité sociale avec de multiples pays qui prévoient, outre la levée générale des conditions nationales de territorialité des prestations, des dispositions particulières qui règlent la question du séjour temporaire et du transfert de résidence des titulaires d'indemnités d'incapacité primaire et d'invalidité belges.

Durant la période d'incapacité primaire, les conventions concernées font dépendre le maintien de l'indemnité à une condition d'autorisation par l'organisme assureur belge en cas de séjour et de transfert de résidence. Pour l'invalidité, la majorité des conventions limite la condition d'autorisation seulement à l'hypothèse du séjour temporaire.

Le contrôle médical des titulaires résidant dans un autre État membre européen ou un État avec convention se fait en général par l'institution "homologue" de l'état de résidence sur demande de l'organisme assureur ou de l'INAMI. L'intéressé sera alors convoqué pour un examen médical par l'institution du pays de résidence, qui rédigera un rapport médical transmis à l'institution belge demanderesse.

Si les données médicales ainsi transmises ne suffisent pas à prendre une décision par rapport à la reconnaissance ou la prolongation de l'incapacité selon la législation belge, il reste la possibilité de convoquer l'intéressé directement en Belgique pour un examen supplémentaire.

Les titulaires des indemnités d'incapacité belges résidant à l'étranger sont annuellement interrogés par leur organisme assureur sur base d'un questionnaire par rapport à des changements dans leur situation personnelle, y compris une reprise de travail éventuelle (qu'en principe ces personnes sont tenues de déclarer spontanément).

Si l'intéressé habite dans un État membre de l'Union européenne ou un pays avec convention, l'organisme assureur demandera également un rapport de contrôle administratif à l'institution de résidence afin de vérifier la véracité des questionnaires rendus.

En cas de constat d'une reprise de travail non-autorisé, le paiement de l'indemnité sera suspendu. L'organisme assureur convoquera l'intéressé pour un nouvel examen médical et récupérera les indemnités pour les jours/ périodes d'activité non-autorisée.

En ce qui concerne les chiffres demandés, nous vous communiquons ce qui suit :

1. Aperçu du nombre de personnes ayant reçu une indemnité d'invalidité à l'étranger durant les cinq dernières années et par pays.

Les tableaux annexés (Annexe 1) donnent un aperçu du nombre de personnes qui ont perçu une indemnité d'invalidité belge à l'étranger au cours de la période 2009-2013. Ces chiffres ont été communiqués par les organismes assureurs à l'INAMI.

2. Nombre de demandes d'un rapport médical introduites à l'étranger par les organismes assureurs pour les cinq dernières années. Nombre de rapports qui ont abouti à une non-prolongation de l'incapacité de travail.

L'INAMI ne dispose pas de ces informations. C'est pourquoi, les organismes assureurs ont été interrogés.

En ce qui concerne le nombre de rapports qui ont abouti à une non-prolongation de l'incapacité de travail, seul un organisme assureur a pu communiquer des chiffres.

	Période	Demandes rapports médicaux étrangers pour non-résidents	Non prolongation
O.A. 100	2010-2014	NA	NA
O.A. 300	2010-2014	1.311	241
O.A. 400	2010-2014	167	NA
O.A. 500	2010-2014	644	NA

3. Nombre d'invalides à l'étranger ayant une activité autorisée et non autorisée durant les cinq dernières années.

Le tableau suivant indique le nombre d'invalides à l'étranger qui bénéficient d'une autorisation à exercer une activité, comme communiqué par les organismes assureurs dans leur rapportage annuel à l'INAMI durant la période 2009-2013.

Activité autorisée					
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Allemagne	7	7	7	7	9
Espagne				1	1
France	56	63	89	106	109
Luxembourg		1	3	3	3
Irlande					2
Suède	1	1	1		
Suisse	1	1	1	1	1
Italie			1		
Pays-Bas	28	24	19	21	33
Japon	1				
Singapour	1				
Congo					1
Canada				1	
Indéterminé	10	9	14	14	13
Total	**105**	**106**	**135**	**154**	**172**

Le tableau suivant indique le nombre d'invalides à l'étranger exerçant une activité non-autorisée, comme communiqué par les organismes assureurs à l'INAMI, durant la même période.

Activité non-autorisée					
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Allemagne					1
France			2	3	1
Espagne				1	
Luxembourg					1
Pays-Bas			1	2	1
Total			**3**	**6**	**4**

IV. Césariennes

Chiffres par région - Risques et conséquences - Répercussions en terme de coût sur la sécurité sociale - Informations aux professionnels et aux patients

Question n° 206 posée le 23 avril 2015 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant CHASTEL[1]

En Belgique, un accouchement sur cinq se fait par césarienne. La proportion n'a cessé d'augmenter durant ces dernières années et l'acte chirurgical s'est banalisé. Le taux de césariennes en Belgique et en 2013 étant de 20,4 %, il reste en dessous de la moyenne européenne. Toutefois, l'Organisation Mondiale de la Santé préconise de ne pas dépasser un taux annuel de 15 %. En Wallonie, en 2009, le taux était de 19,9 %, contre 9,7 % en 1987.

Or, plusieurs médecins et scientifiques soulignent que l'accouchement par voie naturelle donne des bébés plus résistant avec de meilleures défenses naturelles (diminution des risques d'asthmes, de réactions allergiques, etc.) et que les pratiques de césarienne ne sont pas sans conséquences sur les éventuelles futures grossesses des femmes. La pratique de césarienne et l'augmentation de la durée de séjour à l'hôpital (quatre jours au lieu de trois) ont également des répercussions en termes de coût sur la sécurité sociale.

Cette augmentation semble s'expliquer par le renforcement croissant du principe de précaution et la crainte d'une erreur par les médecins, sages-femmes et gynécologues. Des raisons de convenance et d'organisation pousseraient également certains gynécologues à programmer des accouchements afin d'éviter de devoirs pratiquer un accouchement par voie naturelle durant les week-ends ou les périodes de congé.

1. Quelle est donc votre position sur cette augmentation croissante de pratiques de césarienne en Belgique ?

...

Réponse

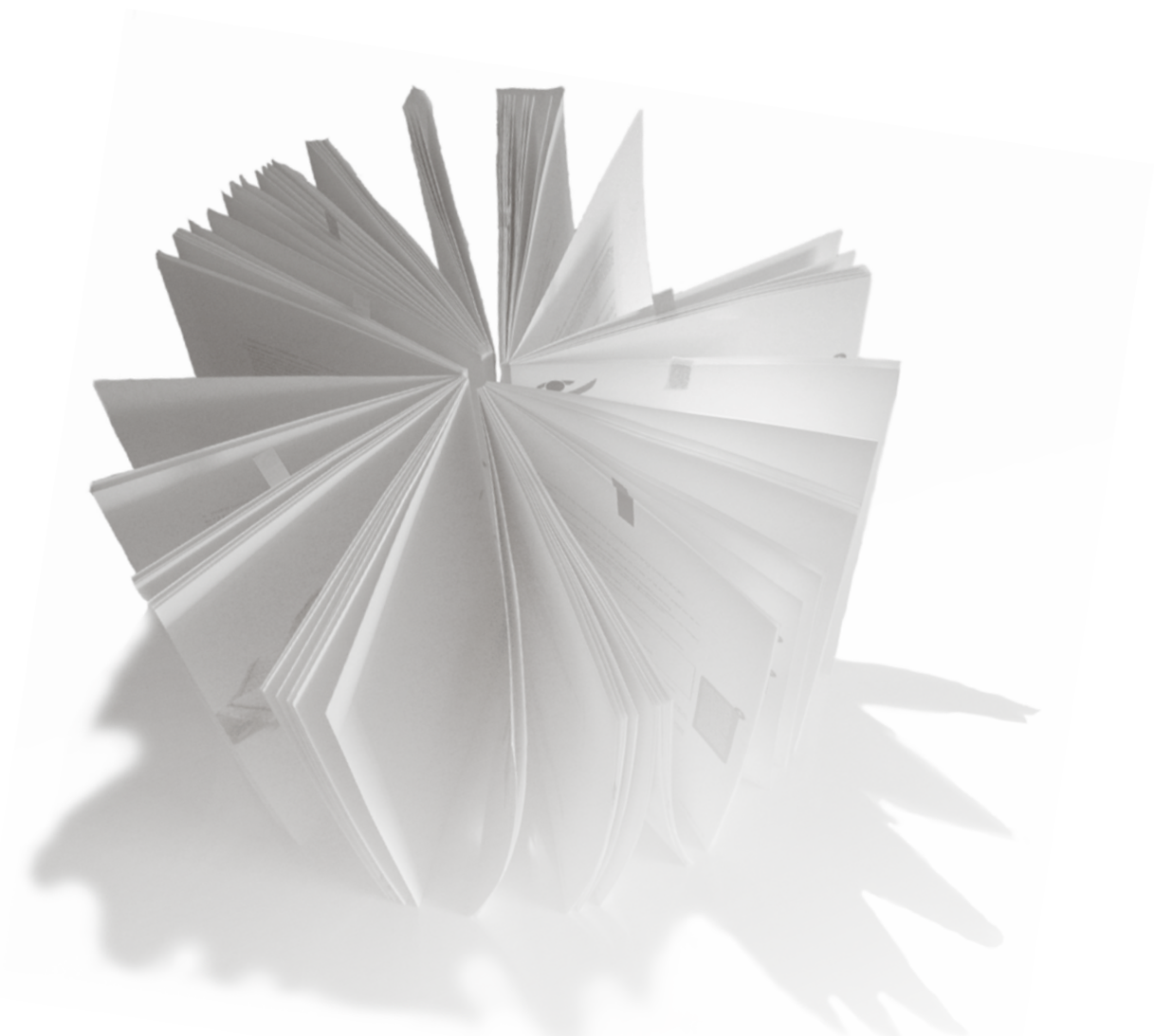
1. Avec un taux de césariennes d'environ 20 %, la Belgique se situe comme vous le mentionnez dans les limites inférieures de la moyenne européenne. Même si ce taux est plutôt rassurant au niveau de la population, la progression lente mais continue du taux de césarienne au cours du temps nécessite réflexion. Il est donc important d'analyser et de comprendre les déterminants de ce phénomène. Comme le mentionne l'Organisation Mondiale de la Santé, au-delà de 10-15 %, l'augmentation des taux de césariennes ne s'accompagne plus d'une diminution des mortalités périnatales et maternelles. Par contre l'association entre le taux de césarienne et les morbidités maternelles et néonatales, à court et à long terme, est encore insuffisamment documentée. Le taux de césarienne optimal (le taux minimum donnant le moins de complications à court et à long terme pour la mère et pour l'enfant) n'est pas connu. L'OMS recommande de ne réaliser des césariennes que sur indication médicale. Certaines indications médicales sont absolues, d'autres sont relatives et demandent une appréciation du risque encouru (étude du case-mix). Actuellement, il n'y a pas d'accord, notamment au niveau international, sur une classification qui permettrait de stratifier les patientes en fonction du risque de césarienne, ce qui gêne l'interprétation des données.

1. Bulletin n° 028, Chambre, session ordinaire 2014-2015, p. 164.

Le coût pour la société d'un accouchement par césarienne est supérieur à celui d'un accouchement par voies naturelles, principalement en raison d'un séjour plus long. Les césariennes de convenance devraient en tout cas être proscrites dans le cadre de notre sécurité sociale. Par ailleurs, il convient de souligner qu'une césarienne est une intervention lourde, qui ne se déroule pas toujours sans complications.

...

5e Partie
Directives de l'INAMI



I. La réforme du système de l'activité autorisée dans l'assurance indemnités des travailleurs indépendants

L'arrêté royal du 11 juin 2015 modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants a été publié au Moniteur belge du 23 juin 2015. Cet arrêté royal apporte deux modifications importantes à la réglementation du régime des travailleurs indépendants, plus particulièrement :

- la transformation d'un système triple d'activité autorisée en période d'incapacité de travail en un système dual d'activité autorisée
- l'ancrage intégral des règles en matière de cumul des revenus professionnels issus de l'activité autorisée avec les indemnités d'incapacité de travail dans la réglementation de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants *même* (plus de référence à la réglementation relative à l'activité autorisée comme dans la réglementation relative à la pension).

Cette réforme entre en vigueur le *1er juillet 2015.* La présente circulaire a pour objectif d'expliquer plus en détails ces différents aspects de la réforme.

1. Le système dual de l'activité autorisée

1.1. Compétence exclusive pour le médecin-conseil d'accorder l'autorisation préalable

Dans le cadre du nouveau système dual de l'activité autorisée, le **médecin-conseil** de l'organisme assureur est, à partir du 1er juillet 2015, tant pendant la période d'incapacité primaire que pendant la période d'invalidité *seul compétent* pour accorder l'autorisation préalable. Cette compétence exclusive s'inscrit dans le cadre de son importante mission de veiller à la réinsertion socioprofessionnelle du titulaire en incapacité de travail.

Vu cette compétence exclusive du médecin-conseil, le **Conseil médical de l'invalidité** (CMI) ne dispose donc plus à partir du 1er juillet 2015 *d'aucune compétence* pour accorder une autorisation de reprise du travail au travailleur indépendant en incapacité de travail (contrairement à la situation en vigueur avant la réforme où le CMI peut, en période d'invalidité, sur la base de l'art. 20*bis* de l'A.R. du 20.07.1971, accorder au travailleur indépendant l'autorisation de reprendre à temps partiel l'ancienne activité indépendante). Le CMI peut donc encore **uniquement** traiter des demandes d'obtention d'une autorisation "article 20*bis*" dont la date de début se situe au plus tard le 30 juin 2015.

Il faut souligner que l'assuré ne peut en tout cas entamer l'activité *qu'après* avoir reçu l'autorisation du médecin-conseil (il n'y a donc pas de suspension du caractère préalable de l'autorisation comme dans le régime des travailleurs salariés).

1.2. Un système dual en fonction de la réinsertion complète (encore) possible ou non du titulaire travailleur indépendant incapable de travailler

Pour accorder une autorisation, le médecin-conseil doit toujours vérifier si la réinsertion complète du titulaire travailleur indépendant reconnu incapable de travailler est encore possible via cette activité autorisée. Un régime différent est applicable en fonction de ce critère essentiel de l'objectif de réinsertion complète :

- l'activité autorisée a pour objectif la réinsertion complète de l'indépendant en incapacité de travail : autorisation sur la base de l'article 23 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 **(l'autorisation "art. 23")**
- l'activité autorisée ne vise pas la réinsertion complète de l'indépendant en incapacité de travail : autorisation sur la base de l'article 23*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 **(l'autorisation "art. 23*bis*")**.

Après l'entrée en vigueur de la réforme, il n'y a plus d'autorisation "article 20*bis*" (abrogation de cette disposition dans l'A.R. du 20.07.1971).

Il va de soi qu'avant que le médecin-conseil ne puisse accorder une autorisation, le titulaire doit encore toujours remplir les critères requis en matière d'incapacité de travail (art. 19 de l'A.R. du 20.07.1971 (incapacité primaire) ou art. 20 de l'A.R. du 20.07.1971 (invalidité)).

1.2.1. L'ACTIVITÉ AUTORISÉE EST AXÉE SUR LA RÉINSERTION COMPLÈTE : AUTORISATION "ARTICLE 23"

(art. 23 de l'A.R. du 20.07.1971)

A. Une réinsertion complète dans n'importe quelle activité

Si la réinsertion complète peut encore être réellement visée via la reprise du travail (une sortie du régime d'incapacité de travail est donc certainement possible), le médecin-conseil peut accorder l'autorisation pour exercer n'importe quelle activité. L'ancienne activité professionnelle ou une autre activité indépendante, ainsi qu'une activité de travailleur salarié, entrent en ligne de compte pour réaliser cette réinsertion complète.

B. Durée

Le médecin-conseil peut accorder cette autorisation "article 23" pour une durée de **maximum six mois**. Si au terme de ce délai de cette période la réinsertion est réussie, le médecin-conseil doit mettre fin à l'état d'incapacité de travail (décision d'exclusion). Si la réinsertion complète n'est pas réalisée au terme de la période couverte par l'autorisation "article 23", le médecin-conseil doit effectuer l'analyse approfondie suivante :

1) **la réinsertion complète dans cette activité demeure possible** : l'autorisation "article 23" peut être prolongée
2) **la réinsertion complète dans cette activité n'est plus possible** : le médecin-conseil ne peut accorder de prolongation de l'autorisation "article 23". Une autorisation "article 23*bis*" peut éventuellement être accordée (voir pt 1.2.2. ci-après).

Une prolongation ne peut cependant avoir pour conséquence de porter la période d'activité autorisée pour une même activité au-delà d'un délai de **dix-huit mois**. Le médecin-conseil ne peut aussi accorder la prolongation que pour des périodes de chaque fois six mois maximum.

Dans l'hypothèse où ces trois périodes de six mois pour lesquelles l'autorisation est accordée ne correspondent pas à des mois calendrier complets, la durée totale est toujours calculée de date à date. En l'occurrence, le premier jour de la période couverte par l'autorisation est pris en compte.

> Exemple : L'assuré X entame une activité autorisée sur la base de l'autorisation "article 23" le 17 août 2015. L'autorisation maximale de dix-huit mois se termine le 16 février 2017. À partir du 17 février 2017, l'assuré ne pourra plus recevoir d'autorisation "article 23" pour cette activité.

En cas d'aggravation de l'état de santé du titulaire travailleur indépendant pendant une période couverte par une autorisation "article 23", l'obligeant à cesser l'exercice de l'activité, cette période d'aggravation de l'état de santé interrompt le cours de la période couverte par cette autorisation du médecin-conseil. La période de reprise du travail initialement approuvée par le médecin-conseil peut être prolongée de la durée de l'interruption d'activité due à l'aggravation de l'état de santé. L'autorisation peut être prolongée à raison du nombre de jours calendrier égal au nombre de jours calendrier que compte la période d'interruption de l'activité.

> Exemple : L'assuré Y a reçu l'autorisation de reprendre une partie de son ancienne activité professionnelle indépendante à partir du 1er septembre 2015 jusqu'au 29 février 2016 inclus (six mois). En raison d'une aggravation de son état de santé, il doit cesser temporairement son activité à partir du 4 novembre 2015 jusqu'au 1er décembre 2015 inclus (28 jours calendrier). Le dernier jour de la période d'activité autorisée sera donc le 28 mars 2016.

Situations particulières :

1) Si l'intéressé a déjà repris l'activité avant d'avoir obtenu l'autorisation et par conséquent exercé une "activité non autorisée", la période, au cours de laquelle l'article 23*ter* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 est appliqué, doit venir en diminution du délai maximal de 18 mois. Ce principe est aussi applicable si la période d'activité non autorisée se trouve (partiellement) dans le mois de carence. Un autre traitement aurait pour conséquence que ce titulaire se trouverait dans une situation plus favorable que le titulaire qui aurait bien repris son activité avec l'autorisation préalable du médecin-conseil.

> Exemple : l'assuré X obtient l'autorisation de reprendre une partie de sa précédente activité professionnelle indépendante à partir du 1er septembre 2015 jusqu'au 29 février 2016 (6 mois). Il apparait toutefois que l'intéressé a déjà repris, sans autorisation, cette activité depuis le 1er juillet 2015. Pour la détermination du délai maximal de 18 mois, la période du 1er juillet 2015 au 31 août 2015 doit être prise en considération. À partir du 1er janvier 2017, l'assuré ne peut par conséquent plus continuer à bénéficier d' une autorisation "article 23" (dans l'hypothèse où il a toujours obtenu des autorisations successives "art. 23").

Si cette "activité non autorisée" – qui est exercée *avant* la période couverte par l'autorisation "article 23" – a été constatée après que le délai maximum de 18 mois de l'autorisation "article 23" soit déjà épuisé, la période d'activité "non autorisée" ne peut toutefois plus être portée en déduction du délai maximal de 18 mois. Pour cette période d'activité non autorisée, on doit en effet appliquer l'article 23*ter* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

> Exemple : l'assuré Y a repris, durant la période du 1er septembre 2015 au 28 février 2017, une partie de son ancienne activité professionnelle indépendante, sur base d'une autorisation "article 23". Le 2 mai 2017, on constate que l'intéressé a déjà exercé cette activité durant la période du 1er juillet 2015 au 31 août 2015. Pour la période du 1er juillet 2015 au 31 août 2015, on doit appliquer l'article 23*ter* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971. La période du 1er septembre 2015 au 28 février 2017 reste une période couverte par une autorisation "article 23".

2) Si l'intéressé a exercé, sur base d'une autorisation "article 23", une activité déterminée (activité A) et si on a constaté, pendant ou après cette période couverte par l'autorisation "article 23", que la réintégration complète n'est, à cause d'une aggravation de son état de santé, plus envisageable, il peut de nouveau obtenir une autorisation "article 23" pour exercer une autre activité (activité B). Indépendamment de la période précise au cours de laquelle il a exercé, sur base d'une autorisation "article 23", l'activité A (le délai de 18 mois peut avoir été partiellement ou totalement déjà épuisé), le médecin-conseil peut accorder cette autorisation "article 23", une nouvelle fois, pour 18 mois au maximum (en effet, c'est seulement après avoir bien évalué toutes les données qu'il a constaté que la réintégration complète dans l'activité B est en pratique possible).

C. Compatibilité avec l'état de santé général

Le médecin-conseil ne peut accorder l'autorisation qu'à condition que **l'activité soit compatible avec l'état de santé général** du titulaire.

D. Reprise pendant le mois de carence

Cette autorisation peut déjà être accordée pendant la période d'incapacité primaire non indemnisable, à condition que le médecin-conseil ait reconnu l'état d'incapacité de travail conformément à l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, sur la base de la "Déclaration d'incapacité de travail" **et** du "Questionnaire relatif à l'activité professionnelle" complété par l'assuré.

E. Évaluation de l'état d'incapacité de travail après la reprise de l'activité autorisée

Pendant la période couverte par l'autorisation "article 23", il existe une **présomption légale d'incapacité de travail**. Cette présomption légale implique que l'organe médical compétent ne peut, pendant cette période, évaluer l'état d'incapacité de travail, et que, par conséquent, il ne peut non plus décider une fin d'état d'incapacité de travail. Au terme de chaque période d'autorisation "article 23" de maximum six mois, il incombe cependant au médecin-conseil de toujours évaluer l'état d'incapacité de travail avant d'accorder une prolongation de l'autorisation.

Souvent, la période couverte par une autorisation “article 23” débutera pendant la période d’incapacité primaire. Les chances d’une réinsertion complète augmentent en effet si le titulaire entame l’activité autorisée aussi vite que possible après le début de l’incapacité de travail. Il est important que le médecin-conseil n’oublie pas, pour accorder cette autorisation “article 23”, que les critères d’évaluation de l’état d’incapacité de travail diffèrent fondamentalement entre la période d’incapacité primaire (art. 19 de l’A.R. du 20.07.1971) et la période d’invalidité (art. 20 de l’A.R. du 20.07.1971). À partir de la période d’invalidité – où le Conseil médical de l’invalidité est en principe compétent pour reconnaître l’état d’incapacité de travail – l’intéressé doit en fait également être incapable d’exercer toute activité, quelle qu’elle soit, qui pourrait lui être imposée raisonnablement. Si l’intéressé se trouve encore dans la période d’incapacité primaire, le médecin-conseil doit veiller à ce qu’il ne puisse accorder une autorisation “article 23” dont la date de fin se trouve déjà pendant la période d’invalidité que s’il estime que l’intéressé répond aux conditions de l’article 20 de l’arrêté royal du 20 juillet 1971 (et qu’il formulerait une proposition d’entrée en invalidité). S’il ne disposait pas encore de suffisamment d’éléments pour apprécier les critères de l’invalidité ou s’il estimait que l’intéressé ne remplissait pas ces critères, il doit prendre en considération le dernier jour de la période de l’incapacité primaire comme date de fin de l’autorisation “article 23”.

Si **la réinsertion complète a échoué au terme de l’exercice de l’activité autorisée**, l’organe médical compétent ne peut en aucun cas, pour l’évaluation de l’état d’incapacité de travail, tenir compte de l’activité que l’assuré a exercée sur la base de l’autorisation “article 23”. Cette garantie constitue un stimulant particulier pour l’assuré en vue d’exercer une activité dans la perspective d’une réinsertion complète.

1.2.2. L’ACTIVITÉ AUTORISÉE N’A PAS POUR OBJECTIF LA RÉINSERTION COMPLÈTE : AUTORISATION “ARTICLE 23*BIS*”

(art. 23*bis* de l’A.R. du 20.07.1971)

A. Les chances de réussite d’une réinsertion complète sont extrêmement limitées ou pratiquement inexistantes

Si le médecin-conseil constate qu’une réinsertion complète du titulaire travailleur indépendant en incapacité de travail n’est plus possible (ou qu’elle est en tout cas (encore) peu faisable), il peut accorder l’autorisation d’exercer n’importe quelle activité. Cette autorisation ne peut donc être accordée que si :

1) une sortie du système d’incapacité de travail en raison de lésions ou de troubles fonctionnels du travailleur indépendant est improbable ou en tout cas très incertaine

2) la réinsertion complète de l’intéressé n’a pas réussi après l’exercice d’une activité via une autorisation “article 23”

3) il s’agit d’une activité qui, au vu de sa nature ou de ses caractéristiques, ne vise pas une réinsertion complète du titulaire travailleur indépendant (par ex. une peine de travail, un travail de volontariat non conforme à la loi du 03.07.2005 relative aux droits des volontaires, un mandat politique limité (conseiller communal, conseiller CPAS, ...), ...).

B. Durée

Il n’y a **pas de conditions de temps particulières**. Le médecin-conseil peut limiter cette autorisation dans le temps mais il peut aussi choisir d’accorder cette autorisation sans la moindre limitation de temps.

C. Compatibilité avec l’état de santé général

Le médecin-conseil ne peut accorder l’autorisation qu’à condition que **l’activité soit compatible avec l’état de santé général** de l’intéressé.

D. Reprise pendant le mois de carence

Cette autorisation peut déjà être accordée pendant la période d'incapacité primaire non indemnisable, à condition que le médecin-conseil ait reconnu l'état d'incapacité de travail conformément à l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, sur la base de la "Déclaration d'incapacité de travail" **et** du "Questionnaire relatif à l'activité professionnelle" complété par l'assuré.

E. Évaluation de l'état d'incapacité de travail après le début de l'activité autorisée

Pendant toute la durée de l'autorisation, l'assuré doit remplir les critères d'incapacité de travail applicables (conditions de l'art. 19 de l'A.R. du 20.07.1971 pendant l'incapacité primaire et critères de l'art. 20 de l'A.R. du 20.07.1971 pendant l'invalidité). Il n'y a donc pas de présomption légale d'incapacité de travail pendant la période couverte par l'autorisation "article 23*bis*". Dès que l'organe médical compétent constate que l'intéressé ne remplit plus les conditions d'incapacité de travail, il doit être mis fin à cette incapacité de travail après un examen médical (même *pendant* la période d'activité autorisée).

1.2.3. APERÇU RÉCAPITULATIF DU SYSTÈME DUAL

	autorisation "article 23"	autorisation "article 23*bis*"
Réinsertion complète comme objectif ?	oui	non
Quelle activité ?	n'importe quelle activité	n'importe quelle activité
Critères à remplir ?	• l'intéressé est incapable de travailler comme visé à l'article 19 (incapacité primaire) ou à l'article 20 (invalidité) • l'activité est compatible avec l'état de santé général	• l'intéressé est incapable de travailler comme visé à l'article 19 (incapacité primaire) ou à l'article 20 (invalidité) • l'activité est compatible avec l'état de santé général
Organe médical compétent ?	médecin-conseil	médecin-conseil
Durée ?	par autorisation maximum six mois, prolongeable à maximum dix-huit mois	pas de limitation particulière dans le temps mais contrôle de principe tous les six mois
Présomption légale d'incapacité de travail ?	oui (pas d'évaluation de l'état d'incapacité de travail possible *pendant* la période de l'autorisation)	non (toujours une évaluation possible de l'état d'incapacité de travail pendant la période de l'autorisation)
Déjà possible pendant le *mois de carence* ?	oui	oui
Caractère préalable de l'autorisation ?	oui	oui

1.3. Exécution d'un examen médical par le médecin-conseil

1.3.1. UN EXAMEN MÉDICAL *PRÉALABLE* À LA PÉRIODE COUVERTE PAR L'AUTORISATION

Le principe général est que si le médecin-conseil ne peut, sur la base de l'examen du dossier du titulaire (demande d'autorisation de reprise de l'activité professionnelle pendant l'incapacité de travail), constater avec certitude que les conditions des articles 23 ou 23*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 sont remplies (comme par ex. la compatibilité de l'activité avec l'état de santé général du titulaire), il soumettra ce titulaire à un examen médical. Cependant, si le médecin-conseil dispose de tous les éléments pour pouvoir prendre en connaissance de cause une décision quant à l'autorisation, un examen médical n'est pas nécessaire.

Un **examen médical** est néanmoins **toujours requis** dans les situations suivantes :

1) si le médecin-conseil doit prendre une décision de refus de l'autorisation de reprise du travail ou de fin d'incapacité de travail;

2) si la demande d'autorisation de reprise du travail concerne la reprise d'une ancienne activité professionnelle indépendante pendant la période de carence ou la reprise d'une activité salariée chez le même employeur pendant cette période de carence (assuré avec double qualité);

3) si l'autorisation "article 23*bis*" est accordée pour une durée indéterminée, cette autorisation est toujours précédée d'un examen médical du titulaire par le médecin-conseil. Pour cette autorisation "article 23*bis*", la mention d'une date de fin de la période de travail autorisé sur le formulaire est toujours facultative.

1.3.2. UN EXAMEN MÉDICAL *PENDANT* LA PÉRIODE COUVERTE PAR L'AUTORISATION

Pendant une période couverte par une autorisation "article 23" (maximum trois fois six mois), il y a, pour rappel, une **présomption légale d'incapacité de travail** (pas d'examen médical en vue de l'évaluation de l'incapacité de travail pendant la période couverte par cette autorisation).

Puisqu'une autorisation "article 23*bis*" peut être prolongée sans la moindre restriction de temps, un suivi suffisant de cette activité autorisée par le médecin-conseil via un **moment de contrôle** déterminé est indispensable. Le médecin-conseil doit par conséquent contrôler l'état d'incapacité de travail conformément à l'article 19 (incapacité primaire) ou à l'article 20 (invalidité) de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 au moins tous les six mois, à moins que les éléments présents dans le dossier médical ne justifient un examen à une date ultérieure.

1.4. Mesures transitoires

Quelques mesures transitoires ont été prévues pour les travailleurs indépendants incapables de travailler qui ont déjà entamé une activité autorisée avant le 1er juillet 2015 et dont l'autorisation est encore en cours à la date d'entrée en vigueur de la réforme :

- si l'assuré possède une autorisation "article 23*bis*" avant le 1er juillet 2015, cette autorisation est, à partir du 1er juillet 2015, pour la durée restante, *d'office* convertie en une autorisation "article 23" comme prévu *après* l'entrée en vigueur de la réforme

- si l'assuré possède une autorisation “article 20*bis*” avant le 1er juillet 2015, cette autorisation est, à partir du 1er juillet 2015, *d'office* convertie en une autorisation “article 23*bis*” comme prévu *après* l'entrée en vigueur de la réforme.

Le médecin-conseil ne peut accorder l'autorisation “article 23” modifiée dans le cadre de la réforme que pour maximum dix-huit mois. **Pour définir cette durée maximum, les périodes déjà accomplies avant le 1er juillet 2015 sont intégralement prises en compte.** Pour accorder cette autorisation, il doit donc, à la lumière de cette période maximale, toujours tenir compte de la période déjà accomplie couverte, selon le cas, par une autorisation “article 23” ou une autorisation “article 23*bis*” comme prévu avant la réforme.

Aperçu récapitulatif

Période avant le 1er juillet 2015	Période à partir du 1er juillet 2015
autorisation “article 23” (durée maximum de douze mois)	autorisation “article 23” (durée maximum de dix-huit mois, y compris la période déjà accomplie avant le 01.07.2015)
autorisation “article 23*bis*” (durée maximum de dix-huit mois)	autorisation “article 23” (durée maximum de dix-huit mois, y compris la période déjà accomplie avant le 01.07.2015)
autorisation “article 20*bis*” (pas de limitation dans le temps)	autorisation “article 23*bis*” (pas de limitation dans le temps)

> Exemples :

1) L'assuré X reprend son ancienne activité indépendante à partir du 1er octobre 2014 via une autorisation “article 23*bis*” pendant six mois. À partir du 1er avril 2015, il reçoit une nouvelle autorisation “article 23*bis*” pour une durée de six mois (prolongation).

- Impact de la réforme : le 1er juillet 2015, cette autorisation “article 23*bis*” est automatiquement convertie en une autorisation “article 23” (comme prévu après la réforme). Le médecin-conseil peut décider – si une réinsertion complète n'est pas réussie et cette réinsertion complète est encore possible – de prolonger encore de six mois l'autorisation “article 23” de l'intéressé à partir du 1er octobre 2015. Après, une prolongation de l'autorisation “article 23” ne sera plus possible.

2) L'assuré Y reprend une activité salariée à partir du 1er octobre 2014 via une autorisation “article 23” pendant six mois. À partir du 1er avril 2015, il reçoit une nouvelle autorisation “article 23” pour une durée de six mois (prolongation).

- Impact de la réforme : à partir du 1er juillet 2015, cette autorisation “article 23” peut être octroyée pendant dix-huit mois. Le médecin-conseil peut par conséquent décider – si une réinsertion complète dans cette activité salariée n'est pas réussie et cette réinsertion complète est encore possible – de prolonger encore de six mois l'autorisation “article 23” de l'intéressé à partir du 1er octobre 2015. Après, une prolongation de l'autorisation “article 23” ne sera plus possible.

“(...)”

2. Régime de cumul des revenus professionnels avec les indemnités d'incapacité de travail

Différentes situations peuvent se présenter :

- l'assuré exerce uniquement une activité via une autorisation “article 23”
- l'assuré exerce uniquement une activité via une autorisation “article 23*bis*”
- l'assuré exerce d'abord une activité via une autorisation “article 23” et exerce ensuite une activité via une autorisation “article 23*bis*”.

2.1. L'assuré exerce uniquement une activité via une autorisation "article 23"

(art. 28*bis*, § 1er, de l'A.R. du 20.07.1971)

On peut distinguer un régime en deux phases :

2.1.1. PHASE 1 : LES PREMIERS SIX MOIS DE L'AUTORISATION "ARTICLE 23"

L'intéressé conserve l'intégralité du montant de ses indemnités d'incapacité de travail.

2.1.2. PHASE 2 : À PARTIR DU PREMIER JOUR DU SEPTIÈME MOIS DE L'AUTORISATION "ARTICLE 23"

Le montant des indemnités est diminué forfaitairement de 10 %.

Si l'assuré doit interrompre l'exercice de son activité en raison de l'aggravation de son état de santé, il ne faut plus appliquer de diminution du montant journalier à partir du jour de la cessation de l'activité. S'il ne s'agit que d'une cessation *temporaire* de l'activité autorisée (pour cause d'aggravation de l'état de santé), le régime de cumul doit être appliqué à partir de la reprise du travail, en tenant compte de la période d'activité autorisée déjà accomplie avant cette cessation temporaire ("suspension" du régime de cumul à raison du nombre de jours calendrier que comporte cette période de cessation temporaire).

Exemple : L'assuré X reprend à temps partiel son ancienne activité professionnelle indépendante à partir du 1er septembre 2015 via une autorisation "article 23". Le médecin-conseil prolonge cette autorisation "article 23" de six mois à partir du 1er mars 2016. Il doit cesser provisoirement cette activité en raison de l'aggravation de son état de santé, à partir du 15 mars 2016 jusqu'au 2 mai 2016 (49 jours calendrier).

Pendant cette période du 15 mars 2016 au 2 mai 2016 inclus, l'intéressé peut à nouveau prétendre à des indemnités journalières non réduites. À partir du 3 mai 2016, le montant journalier de ses indemnités doit à nouveau être réduit de 10 % (également pendant la prolongation de la période initiale de six mois à raison de 49 jours calendrier (01.09.2016 - 19.10.2016)).

2.2. L'assuré exerce uniquement une activité via une autorisation "article 23*bis*"

(art. 28*bis*, §§ 2 et 3, de l'A.R. du 20.07.1971)

On peut distinguer un régime **en trois phases** :

2.2.1. PHASE 1 : LES SIX PREMIERS MOIS DE L'AUTORISATION "ARTICLE 23*BIS*"

L'intéressé conserve l'intégralité du montant de ses indemnités d'incapacité de travail.

2.2.2. PHASE 2 : À PARTIR DU PREMIER JOUR DU SEPTIÈME MOIS DE L'AUTORISATION "ARTICLE 23*BIS*" JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE DE LA TROISIÈME ANNÉE QUI SUIT L'ANNÉE AU COURS DE LAQUELLE L'ACTIVITÉ A DÉBUTÉ

Le montant des indemnités est réduit forfaitairement de 10 %.

- Si l'intéressé exerce une activité non rémunérée de nature non professionnelle, il a droit au montant intégral de ses indemnités (pas de réduction forfaitaire de 10 %). C'est par exemple le cas s'il effectue une peine de travail ou du travail de volontariat qui n'est pas conforme à la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires

- Si l'assuré doit cesser l'exercice de son activité en raison de l'aggravation de son état de santé, il ne doit plus y avoir de réduction du montant journalier à partir du jour de la cessation.
  S'il s'agit uniquement d'une *cessation temporaire* de l'activité autorisée (entraînant une "suspension" de la période de l'autorisation), le régime de cumul doit être appliqué à partir de la reprise de travail, en tenant compte de la période d'activité autorisée déjà accomplie avant cette cessation temporaire.

2.2.3. PHASE 3 : À PARTIR DU 1ER JANVIER DE LA QUATRIÈME ANNÉE CIVILE QUI SUIT CELLE OÙ L'ACTIVITÉ A DÉBUTÉ VIA L'AUTORISATION "ARTICLE 23*BIS*"

Dans cette phase, un régime de cumul est appliqué où le montant réel des revenus professionnels obtenus par l'exercice de l'activité autorisée joue un rôle. Le montant des revenus professionnels obtenus pendant la première année civile complète qui suit l'année civile où l'activité a débuté est comparé avec un plafond de revenus déterminé. En cas de dépassement de ce plafond de revenus, une réduction procentuelle du montant journalier des indemnités ou une suspension de l'octroi des indemnités sont appliquées, selon le cas.

A. Revenus professionnels à prendre en considération

L'organisme assureur doit uniquement tenir compte des revenus professionnels provenant d'une activité autorisée. Il s'agit d'une activité qui, selon le cas, peut générer un revenu visé à l'article 23, § 1er, 1°, 2° ou 4°, du CIR 1992 et de toute activité comparable exercée dans un pays étranger ou au service d'une organisation internationale ou supranationale. Il s'agit donc plus particulièrement :

- des **bénéfices** acquis (art. 24 - art. 26 CIR 1992) : les bénéfices englobent les revenus provenant des entreprises industrielles, commerciales ou agricoles quelconques ainsi que tous avantages qu'un entrepreneur retire de l'exercice de l'activité

- des **profits** acquis (art. 27 CIR 1992) : les profits sont tous les revenus d'une profession libérale, charge ou office et tous les revenus d'une occupation lucrative qui ne sont pas considérés comme des bénéfices ou des rémunérations (par ex. les rémunérations de mandataires politiques ou de président d'un CPAS)

- les **rémunérations** acquises (art.30 - art. 33 CIR 1992) : les rémunérations englobent *sensu lato* les rétributions de travailleurs (liés par un contrat de travail ou d'emploi dans des circonstances similaires), de chefs d'entreprise et de conjoints aidants.

  Les rémunérations de chefs d'entreprises sont toutes les rétributions allouées ou attribuées à une personne physique qui exerce un mandat d'administrateur, de gérant, de liquidateur ou des fonctions analogues ou encore qui exerce au sein de la société une fonction dirigeante ou une activité dirigeante de gestion journalière, d'ordre commercial, financier ou technique, en dehors d'un contrat de travail.

Les rémunérations des conjoints aidants sont toutes les attributions d'une quote-part de bénéfices ou de profits au conjoint aidant qui, pendant la période imposable, n'exerce pas d'activité professionnelle lui ouvrant des droits propres à des prestations dans un régime obligatoire de pension, d'allocations familiales et d'assurance contre la maladie et l'invalidité, au moins égales à celles du statut social des travailleurs indépendants, ni ne bénéficie d'une prestation dans le cadre du régime de la sécurité sociale lui ouvrant de tels droits propres.

Il s'agit chaque fois du **revenu net imposable provenant de l'activité autorisée** pris en compte par l'Administration des contributions directes pour calculer l'impôt de l'année en question. Le montant brut des revenus professionnels doit par conséquent être réduit des frais professionnels et, le cas échéant, des pertes professionnelles (bien sûr uniquement s'il s'agit d'une activité indépendante).

Pour calculer ce montant net imposable, l'assuré social doit transmettre à son organisme assureur un formulaire spécifique qu'il doit compléter ainsi que l'avertissement-extrait de rôle délivré par l'Administration des impôts directs concernant la période imposable (voir point E. ci-après). Les revenus d'une période imposable déterminée qui correspond à une année civile (X) font l'objet d'une imposition au cours de l'année suivante (X+1) et doivent être enregistrés avant le 30 juin de l'année suivante (X+2).

Si le travailleur indépendant cesse **définitivement** son activité autorisée et si à cette occasion il acquiert des plus-values de cessation (cf. art. 23, § 1er, 3°, du CIR 1992), le montant de ces plus-values ne doit pas être pris en compte pour l'application du régime de cumul. Les plus-values de cessation constituent les bénéfices ou profits d'une activité professionnelle antérieure exercée par l'intéressé.

B. Revenus acquis au cours d'une année civile complète

L'organisme assureur doit chaque fois prendre en compte les revenus acquis au cours de la troisième année civile complète qui précède l'année civile en question à laquelle le régime de cumul s'applique.

Exemple : L'assuré X entame le 1er août 2015 une activité via une autorisation "article 23*bis*". Pour l'application du régime de cumul, l'organisme assureur doit, en vue de l'octroi des indemnités dans l'année civile 2019 tenir compte des revenus professionnels acquis au cours de l'année civile 2016. Pour les indemnités relatives à l'année civile 2020, il faut prendre en compte les revenus professionnels acquis au cours de l'année civile 2017.

C. Plafond de revenus

Le **montant de base** du plafond de revenus applicable pour le régime de cumul s'élève à **17.149,19 EUR**. Ce plafond correspond au montant qui a toujours été pris en compte avant la réforme (voir également le point 2.4. concernant les mesures transitoires). Pour tenir compte de l'augmentation du coût de la vie, ce montant est – le cas échéant – adapté au coût de la vie au 1er janvier de l'année de référence. Il y a donc **une liaison du plafond de revenus aux fluctuations de l'indice-santé.**

Concrètement :

- le 1er janvier 2015, le montant des revenus professionnels acquis au cours de l'année civile 2012 a dû être vérifié en fonction du plafond de revenus d'un montant de 17.149,19 EUR

- le 1er janvier 2016, vu l'indexation des prestations sociales au 1er février 2012 et au 1er décembre 2012, l'organisme assureur doit tenir compte du montant de 17.842,02 EUR (adaptation du montant au 01.01.2013). L'organisme assureur doit donc comparer le montant de 17.842,02 EUR avec le montant des revenus professionnels acquis au cours de l'année civile 2013

- Le 1er janvier 2017, l'organisme assureur doit également tenir compte de ce montant de 17.842,02 EUR étant donné que l'indice-santé n'a pas été dépassé au cours de l'année civile 2013 (en d'autres termes, pas d'indexation de ce montant au 01.01.2014 pour l'application du régime de cumul en 2017)

- …

Si l'activité exercée sur la base d'une *même* autorisation "article 23*bis*" au cours de l'année civile en question est temporairement interrompue en raison par exemple de l'aggravation de l'état de santé de l'intéressé, ce plafond n'est pas adapté (en d'autres termes, il n'y a pas d'application d'un plafond de revenus "proratisé").

D. Comparaison des revenus professionnels acquis au cours de la période de référence avec le plafond de revenus

Trois situations peuvent se présenter :

- situation 1 : le revenu professionnel acquis ne dépasse pas le plafond
  => le montant des indemnités ne doit pas être diminué

- situation 2 : le revenu professionnel acquis dépasse le plafond d'au moins 15 %
  => l'octroi des indemnités doit être suspendu pendant toute l'année civile

- situation 3 : le revenu professionnel acquis dépasse le plafond de moins de 15 %
  => le montant journalier des indemnités doit être diminué au cours de l'année civile entière d'un pourcentage correspondant à celui dépassant le plafond.

Le pourcentage de dépassement est calculé jusqu'au centième. Le montant de la diminution des indemnités est arrondi à l'unité supérieure si la première décimale est au moins égale à cinq. Si la première décimale est inférieure à cinq, il n'en est pas tenu compte.

> Exemple :

L'assuré X possède une autorisation "article 23*bis*" pour exercer son ancienne activité professionnelle indépendante. Pour l'application de la règle de cumul pendant l'année civile 2016, les revenus professionnels acquis pendant l'année civile 2013 doivent être pris en compte. Le revenu professionnel en 2013 s'élève *en l'occurrence* à 18.500 EUR. Ce montant dépasse le plafond de revenus autorisés pour 2013 de moins de 15 % (17.842,02 EUR x 1,15 = 20.518,32 EUR) si bien qu'il faut appliquer une diminution du montant journalier en 2016.

Calcul du pourcentage de dépassement

18.500 EUR / 17.842,02 EUR = 1,0369 = 3,69 % = 4 %

Calcul de l'indemnité journalière (l'intéressé reçoit une indemnité pour un titulaire sans charge de famille-cohabitant (cessation de l'entreprise)) : 37,7863 EUR (montant applicable à partir du 01.09.2015))

37,7863 EUR x 4 % = 1,5115 EUR
37,7863 EUR – 1,5115 EUR = 36,2748 EUR = **36,27 EUR**

E. Communication des revenus professionnels acquis au cours de l'année civile concernée

L'assuré peut, via un formulaire spécifique (annexe 6 de la présente circulaire), informer son organisme assureur au sujet de ses revenus professionnels acquis au cours de la période de référence applicable. Il s'agit toujours des revenus obtenus au cours de la troisième année civile précédant l'année d'application de la règle de cumul.

L'organisme assureur envoie une première fois ce formulaire à l'assuré au cours du mois d'octobre de la troisième année qui suit celle au cours de laquelle l'activité a débuté sur la base d'une autorisation "article 23*bis*". Pour les années suivantes, ce formulaire doit toujours à nouveau être envoyé à l'assuré au cours du mois d'octobre.

Dans les trente jours calendrier qui suivent la réception de ce formulaire, l'assuré le retransmet complété, daté et signé à son organisme assureur. Il joint en annexe une copie de l'avertissement-extrait de rôle de l'impôt des personnes physiques concernant ces revenus.

Si l'assuré ne respecte pas ce délai de trente jours calendrier, l'organisme assureur envoie un rappel (au cours du mois de novembre).

Si, à la date de paiement des indemnités d'invalidité en janvier, l'organisme assureur ne dispose toujours pas du formulaire dûment complété et/ou de l'avertissement-extrait de rôle, cet organisme assureur suspend intégralement le paiement des indemnités jusqu'au moment où les données requises sont transmises (une régularisation de la période suspendue aura alors éventuellement lieu).

2.3. L'assuré exerce d'abord une activité via une autorisation "article 23" et exerce ensuite une activité via une autorisation "article 23*bis*"

(art. 28*bis*, § 4, de l'A.R. du 20.07.1971)

Si l'indépendant exerce d'abord une activité via une autorisation "article 23" et entame ensuite une période couverte par une autorisation "article 23*bis*", la période couverte par l'autorisation "article 23" est assimilée à une période couverte par l'autorisation "article 23*bis*". Pour que cette règle d'assimilation soit applicable, l'interruption entre les deux autorisations précitées ne peut durer plus d'un *trimestre civil réel* – cette période correspondant avec un trimestre pour lequel des cotisations sociales sont dues conformément au statut social des travailleurs indépendants. Par ailleurs, ce régime s'applique également si l'intéressé exerce uniquement une activité salariée ou si l'assuré exerce d'abord une activité indépendante et travaille ensuite comme salarié (ou inversement).

> Exemples :

1) L'assuré X exerce à temps partiel son ancienne activité professionnelle indépendante sur la base d'une autorisation "article 23" à partir du 1er septembre 2015 jusqu'au 28 février 2017 inclus. À partir du 15 mars 2017, il obtient une autorisation "article 23*bis*". Étant donné que la période se situant entre, d'une part, la date de fin de la période de l'autorisation "article 23" et, d'autre part, la date de début de la période de l'autorisation "article 23*bis*" est inférieure à un trimestre civil réel, la période de l'autorisation "article 23" est assimilée à une période couverte par une autorisation "article 23*bis*". À partir du 15 mars 2017, le montant journalier de l'indemnité sera diminué de 10 %.

2) L'assuré Y exerce une activité salariée à partir du 1er septembre 2015 jusqu'au 28 février 2017 inclus, sur la base d'une autorisation "article 23". À partir du 1er juillet 2017, il obtient une autorisation "article 23*bis*". Étant donné que la période se situant entre, d'une part, la date de fin de la période de l'autorisation "article 23" et, d'autre part, la date de début de la période de l'autorisation "article 23*bis*" est supérieure à un trimestre civil réel, la période de l'autorisation "article 23" n'est pas assimilée à une période couverte par une autorisation "article 23*bis*". À partir du 1er juillet 2017, l'intéressé peut par conséquent prétendre à des indemnités non réduites. À partir du 1er janvier 2018, le montant journalier de l'indemnité sera ensuite diminué de 10 %.

2.4. Mesures transitoires

1) Pour les indépendants qui ont déjà exercé une activité avant le 1er juillet 2015 via une autorisation "article 23", "article 23*bis*" ou "article 20*bis*" – comme prévu avant l'entrée en vigueur de la réforme –, il est tenu compte de la durée totale accomplie des autorisations précitées pour l'application du régime de cumul.

> Exemples :

- L'assuré X reprend à temps partiel son ancienne activité professionnelle indépendante à partir du 1er octobre 2014, pendant six mois, via une autorisation "article 23*bis*". Le médecin-conseil prolonge cette autorisation à partir du 1er avril 2015, pour une période de six mois.
  L'intéressé reçoit pendant la période du 1er octobre 2014 au 31 mars 2015 la totalité du montant des indemnités. À partir du 1er avril 2015, le montant journalier de ses indemnités est diminué de 10 %. Cette diminution de 10 % est également appliquée à partir du 1er juillet 2015 (cette autorisation "article 23*bis*" étant d'office convertie en une autorisation "article 23".

- L'assuré Y exerce à temps partiel son ancienne activité professionnelle indépendante à partir du 1er mars 2010 sur la base d'une autorisation "article 20*bis*". Dans le cadre du régime de cumul applicable pendant l'année civile 2015, le montant des revenus acquis pendant l'année civile 2012 – 15.400 EUR – est comparé avec le plafond de 17.149,19 EUR.

  Étant donné que les revenus professionnels acquis ne dépassent pas le plafond, l'assuré peut prétendre au montant total de l'indemnité journalière à partir du 1er janvier 2015. À partir du 1er juillet 2015 également, il conserve son droit au montant total des indemnités (cette autorisation "article 20*bis*" étant d'office convertie en autorisation "article 23*bis*").

  Dans l'hypothèse où l'intéressé prolonge également cette autorisation pendant l'année civile 2016, les revenus professionnels obtenus pendant l'année civile 2013 devront, pour l'octroi des indemnités en 2016, être comparés avec le plafond applicable (à savoir 17.842,02 EUR).

2) Pour les titulaires travailleurs indépendants suivants, il est, dans le cadre de l'application du régime de cumul visé à l'article 28*bis*, § 3, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 – à savoir la vérification des revenus professionnels acquis par rapport au plafond applicable –, encore toujours tenu compte, après l'entrée en vigueur de la réforme, d'une **marge de 25 % :**

- le travailleur indépendant qui, au 31 décembre 2011 au plus tard, a repris à temps partiel son ancienne activité professionnelle indépendante sur la base d'une autorisation "article 20bis" (cette autorisation est convertie d'office en une autorisation "article 23bis" à partir du 01.07. 2015)

- le travailleur indépendant qui, au 31 décembre 2011 au plus tard, a repris à temps partiel son ancienne activité professionnelle indépendante sur la base d'une autorisation "article 23*bis*" et qui ensuite a exercé cette activité de manière ininterrompue via une autorisation "article 20*bis*" (cette autorisation est convertie d'office en une autorisation "article 23*bis*" à partir du 01.07.2015).

Exemples :

- L'assuré X reprend à temps partiel son ancienne activité professionnelle indépendante à partir du 1er octobre 2011, sur la base d'une autorisation "article 20*bis*". Le 1er juillet 2015, cette autorisation est d'office convertie en une autorisation "article 23*bis*".

  Dans le cadre du régime de cumul applicable pendant l'année civile 2015, le montant des revenus acquis pendant l'année civile 2012 – *en l'occurrence* 20.000 EUR – est comparé avec le plafond de 17.149,19 EUR. Les revenus professionnels acquis par l'intéressé dépassent le plafond de revenus de moins de **25 %** (17 % (20.000 EUR / 17.149,19 EUR = 1,1662 = 16,62 % = 17 %)) si bien que le montant journalier de son indemnité devra être diminué de 17 % à partir du 1er janvier 2015. Cette diminution devra également être appliquée à partir du 1er juillet 2015 jusqu'au 31 décembre 2015.

  Dans le cadre du régime de cumul applicable pendant l'année civile 2016, le montant des revenus acquis pendant l'année civile 2013 – *en l'occurrence* 21.000 EUR – est comparé avec le plafond de 17.842,02 EUR. Les revenus professionnels acquis par l'intéressé dépassent le plafond de revenus de moins de **25 %** (18 % (21.000 EUR / 17.842,02 EUR = 1,1770 = 17,70 % = 18 %)) si bien que le montant journalier de son indemnité devra être diminué de 18 % à partir du 1er janvier 2016. **Il faut tenir compte d'une marge de 25 % étant donné que l'intéressé a déjà entamé l'activité autorisée avant le 1er janvier 2012** (et que le régime de cumul visé dans l'art. 28*bis*, § 3, de l'A.R. du 20.07.1971, comme prévu avant la réforme, a déjà été appliqué chez l'intéressé au moment de l'entrée en vigueur de la réforme).

- L'assuré Y reprend à temps partiel son ancienne activité professionnelle indépendante à partir du 1er octobre 2012, sur la base d'une autorisation "article 20*bis*". Le 1er juillet 2015, cette autorisation est d'office convertie en une autorisation "article 23*bis*".

  Pendant l'intégralité de l'année civile 2015, le montant de son indemnité est diminué forfaitairement de 10 %. Dans le cadre du régime de cumul applicable pendant l'année civile 2016, le montant des revenus acquis pendant l'année civile 2013 – en l'occurrence 21.000 EUR – est comparé avec le plafond de 17.842,02 EUR. Étant donné que le montant des revenus professionnels dépasse d'au moins 15 % le plafond applicable d'au moins **15 %** (à savoir 18 %), l'octroi des indemnités est suspendu durant toute l'année civile 2016. **Il faut tenir compte d'une marge de 15 % étant donné que l'intéressé a entamé l'activité autorisée après le 31 décembre 2011.**

3. Entrée en vigueur de la présente circulaire

La présente circulaire entre en vigueur le 1er juillet 2015.

Les circulaires suivantes sont abrogées :

- Circulaire O.A. n° 2010/504 du 23 décembre 2010[1]
- Circulaire O.A. n° 2011/303 du 19 juillet 2011
- Circulaire O.A. n° 2011/304 du 19 juillet 2011
- Circulaire O.A. n° 2012/364 du 17 septembre 2012

...

Circulaire O.A. n° 2015/188 - 481/83 - 484/6 du 29 juin 2015.

1. Publié dans le B.I.-INAMI 2010/4, p. 455.

II. Détermination de la valeur annuelle d'une indemnité accordée en application du droit commun pour une incapacité de travail permanente

En vigueur à partir du 1er juillet 2015

Cette circulaire a pour objet d'adapter le tableau repris dans la circulaire O.A. 1998/25 - 252/7 du 21 janvier 1998[1] au regard de l'arrêt rendu par la Cour européenne de justice, en date du 3 septembre 2014, dans l'affaire C-318/13.

1. Eléments de base

Pour l'application de l'article 136, § 2 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, il y a lieu de tenir compte de la valeur en rente annuelle d'une indemnisation payée entièrement ou partiellement en capital.

Dans ce cadre légal, le tableau repris dans la circulaire O.A. 1998/25 - 252/7 du 21 janvier 1998, et portant l'intitulé de "conversion du capital en une rente annuelle payable jusqu'à l'âge de la retraite", permet de déterminer le montant des ressources annuelles pour l'indemnisation accordée en application du droit commun, notamment en cas d'accident avec responsabilité d'un tiers pour une incapacité de travail, qui est toujours payée en capital.

Ce tableau doit cependant être adapté afin de tenir compte de l'arrêt rendu par la Cour européenne de justice, en date du 3 septembre 2014, dans l'affaire C-318/13, et qui dit pour droit :

"qu'est contraire au principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de sécurité sociale le fait pour une règlementation nationale de prévoir, pour le calcul d'une prestation sociale légale (…) l'application, comme facteur actuariel, de la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes, lorsque l'application de ce facteur conduit à ce que la réparation versée en une fois au titre de ladite prestation est inférieure, lorsqu'elle est allouée à un homme, à celle que percevrait une femme du même âge qui se trouve dans une situation similaire".

C'est pourquoi, suite à cet arrêt rendu par la Cour européenne de justice, ce tableau de conversion d'un capital en une rente annuelle a été adapté, et ne prévoit plus de distinction en fonction du sexe du bénéficiaire.

2. Date d'application

Le tableau repris en annexe remplace celui repris dans la circulaire O.A. 1998/25 - 252/7 du 21 janvier 1998.

La présente circulaire s'applique aux incapacités qui sont devenues permanentes à partir du 1er juillet 2015, y compris aux incapacités qui débutent en dehors des délais fixés aux articles 87, 4e alinéa et 93, 2e alinéa de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 mais qui résultent d'un accident survenu antérieurement avec responsabilité d'un tiers.

1. Publié dans le B.I.-INAMI n° 1998/1, p. 92.

Conversion du capital reçu en une rente annuelle payable jusqu'à l'âge de la pension quelque soit le sexe.			
Âge au début de l'incapacité de travail permanente	**Âge de la pension 65 ans**	**Âge de la pension 66 ans**	**Âge de la pension 67 ans**
15	24,53700	24,71228	24,88007
16	24,32320	24,50420	24,67747
17	24,10177	24,28868	24,46760
18	23,87526	24,06829	24,25306
19	23,64410	23,84346	24,03430
20	23,40807	23,61401	23,81113
21	23,16242	23,37512	23,57873
22	22,91074	23,13045	23,34076
23	22,65219	22,87916	23,09642
24	22,38228	22,61672	22,84113
25	22,10472	22,34688	22,57868
26	21,81859	22,06874	22,30819
27	21,52455	21,78296	22,03032
28	21,21993	21,48687	21,74240
29	20,90528	21,18103	21,44500
30	20,58324	20,86813	21,14085
31	20,24955	20,54388	20,82562
32	19,90592	20,21001	20,50110
33	19,54783	19,86195	20,16265
34	19,17912	19,50363	19,81427
35	18,79886	19,13412	19,45505
36	18,40901	18,75543	19,08703
37	18,00725	18,36520	18,70785
38	17,59147	17,96134	18,31540
39	17,16557	17,54784	17,91376
40	16,72612	17,12121	17,49941
41	16,27522	16,68365	17,07462
42	15,80858	16,23078	16,63493
43	15,32508	15,76149	16,17924
44	14,83028	15,28152	15,71347
45	14,32116	14,78781	15,23450
46	13,79527	14,27788	14,73985
47	13,25313	13,75231	14,23014
48	12,69924	13,21583	13,71032
49	12,12342	12,65790	13,16953
50	11,53289	12,08613	12,61572
51	10,92549	11,49834	12,04671
52	10,29735	10,89056	11,45841
53	9,65074	10,26525	10,85349
54	8,98552	9,62242	10,23208
55	8,29894	8,95925	9,59132
56	7,59312	8,27820	8,93399
57	6,86165	7,57251	8,25298
58	6,10966	6,84806	7,55488
59	5,32920	6,09628	6,83057
60	4,52181	5,31922	6,08254
61	3,68587	4,51547	5,30961
62	2,81808	3,68167	4,50833
63	1,91647	2,81607	3,67720
64	0,97798	1,91553	2,81300
65	0,00000	0,97728	1,91277
66		0,00000	0,97645
67			0,00000
68			
69			

Circulaire O.A. n° 2015/195 - 252/9 du 6 juillet 2015.

III. Article 134, § 2 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et article 24 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 - Absence au contrôle médical sans justification valable durant un délai de 60 jours calendrier - Conséquences en ce qui concerne la reconnaissance de l'incapacité de travail

En vigueur à partir du 1er août 2015

1. L'assuré se soustrait à l'obligation de contrôle – notification de fin d'incapacité de travail

Cette circulaire a pour objet de présenter la nouvelle procédure à suivre lorsqu'un assuré se soustrait à l'examen médical auquel il est convoqué ou s'il refuse de se soumettre à cet examen.

Cette procédure doit permettre d'éviter qu'un assuré, absent à l'examen médical ou qui refuse de s'y soumettre, ne reste reconnu incapable de travailler durant une longue période dans la mesure où le médecin-conseil ou le Conseil médical de l'invalidité, ne peut pas se prononcer sur son incapacité de travail.

Cette nouvelle procédure s'applique tant au régime général (art. 134, § 2 LC) qu'au régime des travailleurs indépendants (art. 24, A.R. 20.07.1971).

Dans le contexte belge, en application de l'article 134, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (régime général) ou de l'article 24 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (régime des travailleurs indépendants), si le titulaire reconnu incapable de travailler ne répond pas à l'obligation de contrôle, ses indemnités sont alors supprimées aussi longtemps qu'il ne répond pas à cette obligation imposée par toute personne compétente en vertu de la loi coordonnée.

Si le titulaire ne se présente pas spontanément ou ne fournit pas de justification valable quant à son absence, la suppression est maintenue.

Durant la période de suppression de ses indemnités, l'assuré reste toutefois reconnu incapable de travailler. Sur la base de cette reconnaissance, des droits sont ouverts dans d'autres secteurs, notamment dans le secteur des soins de santé. L'organisme assureur délivre également à l'assuré une attestation de reconnaissance de l'incapacité de travail lui permettant d'avoir droit à certains avantages sociaux et fiscaux dans d'autres secteurs (p. ex. tarif social pour le gaz et l'électricité, réduction d'impôts…).

Pour éviter le maintien de cette reconnaissance *sans contrôle médical* durant une longue période, la nouvelle procédure prévoit dorénavant que le médecin-conseil ou le Conseil médical de l'invalidité mette fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail lorsque :

- l'assuré ne se présente pas (ou refuse de se soumettre) **sans justification valable** à l'examen médical pour lequel il a été convoqué. Cette non-présentation à l'examen (ou refus de s'y soumettre), sans justification valable, déclenche l'application de l'article 134, § 2 de la loi coordonnée ou de l'article 24 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 pour autant qu'il ait été convoqué par recommandé (suppression des indemnités d'incapacité de travail)

- *et* que cette absence (ou ce refus) perdure sans justification valable durant un délai de 60 jours calendrier à compter de la date de l'examen prévu.

Dès que l'assuré prend contact avec l'instance qui a appliqué cet article, et qu'il est disposé à se soumettre à l'examen médical, le délai de 60 jours s'arrête.

> Exemples 1 :

X est convoqué par recommandé pour un examen planifié le 16 juin 2015 à 9h.

L'intéressé ne se présente pas à l'examen, **sans justification valable**.

Un "article 134, § 2 de la loi coordonnée/article 24 de l'arrêté royal." lui est appliqué à partir du 16 juin 2015, ce qui signifie que ses indemnités d'incapacité de travail sont supprimées à partir de cette date (il reste cependant reconnu en incapacité de travail).

À partir de cette même date, soit le 16 juin 2015, le délai de 60 jours calendrier prend également cours.

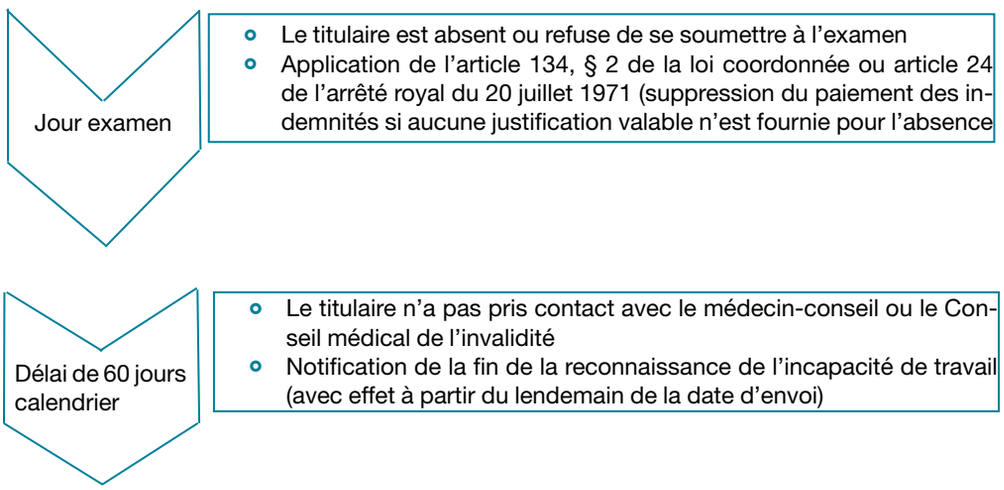
Si cette absence perdure sans justification valable durant 60 jours calendrier, une décision de fin d'incapacité de travail pourra être prise.

Cette décision de fin d'incapacité de travail se justifie au motif *qu'il n'est plus possible pour le médecin-conseil* ou le Conseil médical de l'invalidité, *de constater si l'assuré satisfait aux conditions pour pouvoir être reconnu en incapacité de travail en application de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (régime général) ou en application de l'article 19 - 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (régime des travailleurs indépendants)*.

Cette décision est donc prise en vertu de l'article 100 de la loi coordonnée (régime général) ou de l'article 19 (incapacité primaire – régime des travailleurs indépendants) ou de l'article 20 (invalidité – régime des travailleurs indépendants) de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Cette décision devra être envoyée au plus tard le 55e jour à compter à partir de la date de non présentation (ou de refus de se soumettre) à l'examen médical, afin de fixer comme date de fin de l'incapacité de travail celle correspondant au 60e jour.

Pour rappel, toute décision qui met fin à l'incapacité de travail produit ses effets **au plus tôt à partir du lendemain de la date d'envoi** (cf. art. 245*ter* de l'A.R. du 03.07.1996).



2. La notification en application de l'article 134, § 2 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ou de l'article 24 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971

La notification adressée à l'assuré dans le cadre de la décision de suppression de ses indemnités en application de l'article 134, § 2 de la loi coordonnée ou de l'article 24 de l'arrêté royal, devra comprendre l'information suivante :

- l'information quant au risque (fin de reconnaissance de l'incapacité de travail) pour l'assuré si celui-ci :
  - ne se présente pas à l'examen médical (ou ne s'y soumet pas)
  - sans justification valable
  - et ne prend pas contact avec le médecin-conseil ou le Conseil médical de l'invalidité dans les plus brefs délais.

3. Modification des annexes V-1et VII-1 du règlement des indemnités du 16 avril 1997

Dans le cadre de cette nouvelle procédure "fin de la reconnaissance de l'incapacité de travail en cas d'absence à l'examen médical", les annexes V-1 et VII-1du règlement des indemnités du 16 avril 1997 ont été adaptées. Le Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés du Service des indemnités a marqué son accord sur les adaptations apportées à ces annexes du Règlement des indemnités. Ces adaptations sont reprises dans le règlement du 9 juillet 2015 modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 22.07.2015).

Dans l'**annexe V-1** *Reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil*, le point 1 des Remarques importantes clarifie les conséquences pour l'assuré en cas d'absence (ou de refus de se soumettre) à un examen médical.

L'**annexe VII-1** *Fin de l'incapacité de travail* prévoit la situation où le médecin-conseil met fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail en cas d'absence (ou de refus de se soumettre) de l'assuré à l'examen médical, lorsque ce dernier ne prend pas contact dans les 60 jours calendrier avec le médecin-conseil, sans justification valable.

4. Template "fin d'incapacité de travail" en ce qui concerne les indépendants

Il y a lieu d'insérer dans le template notification "fin d'incapacité de travail", la nouvelle procédure permettant au médecin-conseil de mettre fin à l'incapacité de travail en cas d'absence prolongée sans justification valable :

- vu votre absence prolongée (ou refus de vous soumettre) sans justification valable à l'examen médical pour lequel vous avez été convoqué(e), il ne m'est plus possible de vérifier si vous remplissez les conditions pour pouvoir être reconnu(e) incapable de travailler au sens de l'article 19 ou de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

5. Entrée en vigueur de la mesure

Cette nouvelle mesure entre en vigueur le 1er août 2015.

6. Dossiers pour lesquels l'article 134, § 2, de la loi coordonnée ou l'article 24 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 était déjà d'application, et toujours en cours

En ce qui concerne les dossiers pour lesquels un article 134, § 2, de la loi coordonnée ou un article 24 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 était déjà d'application, et toujours en cours, au moment de l'entrée en vigueur de cette nouvelle mesure, la distinction suivante doit être opérée :

=> Pour tous les dossiers "article 134, § 2 de la loi coordonnée/article 24 de l'arrêté royal" ouverts depuis **une durée de plus de 60 jours calendrier**, le médecin-conseil met fin à la reconnaissance de l'incapacité.

=> Pour tous les dossiers "article 134, § 2 de la loi coordonnée/article 24 de l'arrêté royal" ouverts pour **une durée de moins de 60 jours calendrier**, le médecin-conseil convoque l'assuré via l'envoi d'un recommandé, comme prévu ci-dessus.

Circulaire O.A. n° 2015/228 - 400/37 - 480/9 du 30 juillet 2015.

Annexes au règlement du 9 juillet 2015 modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Annexe V-1

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME ASSUREUR — O.R. ☐☐☐ — Mut. ☐☐☐

RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL

PAR LE MEDECIN-CONSEIL

(1) Ouvrier ☐ Employé ☐ Mineur ☐

(1) Hommes ☐ Femmes ☐

Date de naissance J M A ☐☐ ☐☐ ☐☐

Titulaire:

Nom: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Prénoms: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresse: …… rue,n°…… Bte ……..

Code postal ☐☐☐☐ Localité:……

Numéro d'inscription (O.A.) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (2)

Numéro de registre national ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (2)

À la suite de votre déclaration d'incapacité de travail reçue le J M A ☐☐ ☐☐ ☐☐ (3)
j'estime que vous êtes incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

à partir du ☐☐ ☐☐ ☐☐

Veuillez vous présenter pour examen à ma consultation
le ……☐☐ ☐☐ ☐☐
à ……..

Si vous n'êtes pas en mesure de vous déplacer, vous êtes tenu(e) de m'en avertir avant la date fixée ci-dessus.
Vous êtes tenu(e) de signaler toute reprise de travail ou de chômage au moyen de l'attestation de reprise de travail ou de chômage.

VOIR AU VERSO
REMARQUES IMPORTANTES

Le ……..
(Signature du médecin-conseil)

---

(1) Mettre une croix dans la case appropriée.
(2) Le dernier chiffre significatif doit être porté dans la dernière case de droite.
(3) Date de la poste, date de l'accusé de réception ou date de la réception de l'avis transmis par le service du contrôle médical agréé.

REMARQUES IMPORTANTES

1. En vertu des dispositions de l'article 134, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, si vous ne vous présentez pas à l'examen auquel vous êtes convoqué(e) par la présente, les indemnités d'incapacité de travail ne vous seront plus octroyées, à moins que vous ne présentiez une justification valable. Cette sanction s'appliquera automatiquement, sans nouvelle notification de notre part, aussi longtemps que vous ne répondez pas aux obligations de contrôle. Si vous êtes dans l'incapacité de vous déplacer, vous êtes tenu(e) d'être présent(e) à l'adresse que vous avez indiquée, pendant cinq jours civils à compter de la notification des raisons qui vous ont empêché(e) de vous rendre à la convocation du médecin-conseil.

Par ailleurs, en cas d'absence prolongée (ou de refus de vous soumettre) sans justification valable à l'examen médical pour lequel vous avez été convoqué(e), le médecin-conseil peut décider de mettre fin à la reconnaissance de votre incapacité de travail.

2. Si vous désirez reprendre une activité compatible avec votre état de santé tout en continuant à percevoir des indemnités, vous devez en *demander l'autorisation* au médecin-conseil de votre organisme assureur et vous devez déclarer cette reprise d'activité à votre organisme assureur au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement votre reprise d'activité (au moyen d'un formulaire spécifique disponible auprès de votre organisme assureur). À défaut de déclarer cette reprise d'activité dans le délai requis, vos indemnités d'incapacité de travail (calculées en application de la règle de cumul des indemnités avec un revenu professionnel) pourront être diminuées de 10 p.c. ou même *vous être refusées*.

3. Si vous avez mis fin à votre incapacité de travail pour une reprise spontanée du travail ou du chômage à la date de la convocation, vous n'êtes pas tenu de vous présenter à l'examen médical. Dans ce cas, veuillez avertir votre mutualité par l'envoi de l'attestation de reprise (du travail ou du chômage contrôlé), dûment complétée par l'employeur ou par la caisse de chômage.

4. Vous êtes tenu(e) de communiquer immédiatement au médecin-conseil tout changement d'adresse.

Vu pour être annexé au règlement du 9 juillet 2015

Le Président	Le Fonctionnaire dirigeant
I. Van Damme	F. Perl

Annexe VII-1

Identification O.R. Mut.

de l'organisme assureur

FIN DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL
(Au sens de la loi coordonnée du 14 juillet 1994)

RECOMMANDE

Ouvrier (1) ☐ Homme (1) ☐ Date de naissance J M A

Employé ☐ Femme ☐

Mineur ☐

Titulaire:

Nom:

Prénom:

Adresse: rue : ..... , n°..... Bte..... .....

Code postal: Localité: .....

Numéro d'inscription (O.A.): (2)

Numéro du registre national: (2)

M .....

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance qu'après examen médical pratiqué le .....

j'estime que vous n'êtes plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, à partir du

en raison du fait que vous ne remplissez plus une ou plusieurs des conditions suivantes fixées par la disposition précitée (1) :

☐ la cessation de vos activités n'est plus la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels.

☐ les lésions ou troubles fonctionnels que vous présentez:

☐ n'entraînent plus une réduction des 2/3 de votre capacité de gain évaluée dans votre catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1er de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

☐ n'entraînent plus la réduction de votre capacité d'au moins 50 p.c. sur le plan médical, exigée dans le cas de reprise d'une activité avec l'autorisation préalable du médecin-conseil (art. 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994).

☐ Vous n'avez pas cessé toute activité (art. 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994)

OU

☐ **Vu votre absence prolongée (ou refus de vous soumettre) sans justification valable à l'examen médical pour lequel vous avez été convoqué(e), il ne m'est plus possible de vérifier si vous remplissez les conditions pour pouvoir être reconnu(e) incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.**

(1) Mettre une croix dans la case appropriée.

(2) Le dernier chiffre significatif du numéro doit être porté dans la dernière case de droite.

Les conséquences de cette décision et les moyens de recours étant expliqués ci-dessous, il est de votre intérêt d'en prendre connaissance.

Si vous n'êtes pas d'accord avec la présente décision, il vous est loisible d'introduire un recours auprès du tribunal du travail dans le ressort duquel est situé votre domicile (voir adresses en annexe). Ce recours doit être introduit par requête écrite, datée et signée, déposée (contre accusé de réception) ou adressée par envoi recommandé, au greffe de cette juridiction, endéans les trois mois de la présente notification. Si vous introduisez un recours contre la présente décision, vous devez vous inscrire comme demandeur d'emploi et introduire une demande d'allocations de chômage, afin de maintenir vos droits en matière de sécurité sociale.

Vous pouvez comparaître en personne devant le tribunal du travail ou être représenté par un avocat, par un délégué d'une organisation représentative des travailleurs (organisation syndicale), porteur d'une procuration écrite ou par votre conjoint, parent ou allié porteur d'une procuration écrite et agréé spécialement par le juge (art. 728 du C. jud.)

L'institution de sécurité sociale est toujours condamnée aux dépens, sauf en cas de demande téméraire et vexatoire (art. 1017 du C. jud.).

Pour réception, le titulaire :

Le .....

Le médecin-conseil/médecin inspecteur :

Le .....

Vu pour être annexé au règlement du 9 juillet 2015

Le Président
I. Van Damme

Le Fonctionnaire dirigeant
F. Perl

IV. Directives aux médecins conseil pour l'organisation du contrôle et de l'évaluation de l'incapacité de travail

Cadre

La loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 80, 8° prévoit que les Comités de gestion de l'assurance indemnités fixent les directives pour l'organisation du contrôle de l'incapacité de travail, sur la base des propositions formulées par le Conseil médical de l'invalidité, après avis du Conseil technique médical visé à l'article 85 de la loi coordonnée susdite.

Lors de sa séance du 3 juillet 2015, la Commission Supérieure du Conseil médical de l'invalidité a approuvé l'avis du Conseil technique médical (note CS 2015/09).

En date du 9 juillet 2015, le Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés, et celui des travailleurs indépendants ont fixé les directives en vigueur à partir du 1er août 2015. Jusqu'à cette date, les directives qui avaient été fixées par le Comité du Service d'évaluation et du contrôle médical restent d'application.

L'objectif de ces nouvelles directives consiste en l'optimalisation de la qualité de l'évaluation de l'incapacité de travail et des droits dérivés ; entre autres, l'indemnisation et l'accès aux trajets de réinsertion socio-professionnelle.

Outre ces directives, et comme mentionné au chapitre 1er, le médecin-conseil doit également respecter les dispositions relatives à la loi coordonnée du 14 juillet 1994, à l'arrêté royal du 3 juillet 1996, au Règlement des indemnités du 16 avril 1997, à l'arrêté royal du 20 juillet 1971 concernant les travailleurs indépendants et conjoints-aidants, ainsi que les dispositions visées par la loi du 11 avril 1995 relative à la Charte de l'assuré social.

CHAPITRE 1. INTRODUCTION

CHAPITRE 2. CONDITIONS / ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

CHAPITRE 3. ÉQUIPE MÉDICO-SOCIO-ADMINISTRATIVE

CHAPITRE 4. ROLE DU MÉDECIN-DIRECTEUR

CHAPITRE 5. DÉLÉGATION

CHAPITRE 6. GESTION DU CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (CIT)

Article 1. Réception du CIT ou d'une attestation d'incapacité de travail
Article 2. Examen du CIT en vue d'une "reconnaissance de l'incapacité de travail (I.T.)"
Article 3. Décision de reconnaissance de l'incapacité de travail
Article 4. Fixation de la date du début de l'incapacité de travail
Article 5. CIT incomplet
Article 6. Reconnaissance en cas de rechute

CHAPITRE 7. ÉVALUATION DE L'I.T.

Article 7. Points importants lors de l'évaluation d'une incapacité de travail
Article 8. Dommage réparé en vertu d'une autre législation
Article 9. Données utiles pour évaluer l'incapacité de travail
Article 10. Prévention secondaire de l'incapacité prolongée

CHAPITRE 8. LE DOSSIER MÉDICAL

CHAPITRE 9. CONVOCATION À LA CONSULTATION

Article 11. Principe du contact avec l'assuré
Article 12. Organisation d'une consultation
Article 13. Date de convocation et tenue de l'agenda
Article 14. Organisation administrative des convocations
Article 15. Convocation d'urgence consécutive à la réception du CIT

CHAPITRE 10. CONSULTATION DU MÉDECIN-CONSEIL

Article 16. Consultation du médecin-conseil
Article 17. Accompagnement dans le trajet de réintégration professionnelle

CHAPITRE 11. TRANSMISSION DES DONNÉES NÉCESSAIRES AU CONSEIL MÉDICAL DE L'INVALIDITÉ (CMI)

Article 18. Participation à la collecte de données nécessaires aux flux
Article 19. Proposition d'entrée en invalidité
Article 20. Prolongation de l'invalidité
Article 21. Rechute en invalidité
Article 22. Flux INFO: demande d'info par un médecin-inspecteur
Article 23. Flux "incapacité primaire"
Article 24. Délais des flux particuliers

CHAPITRE 12. REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITÉ (RTTP)

Article 25. Principes généraux
Article 26. Modalités décisionnelles pour les travailleurs salariés
Article 27. Modalités décisionnelles pour les travailleurs indépendants
Article 28. Contenu et qualité du flux RTTP
Article 29. Conditions à remplir pour toute autorisation de reprise partielle d'activité
Article 30. Date de fin d'activité autorisée
Article 31. Horaires
Article 32. Fin de l'autorisation

CHAPITRE 13. ABSENCE AU CONTRÔLE SANS JUSTIFICATION VALABLE

Article 33. Application de l'article 134, § 2 ou l'article 24
Article 34. Levée et annulation de l'article 134, § 2 ou l'article 24
Article 35. Fin de reconnaissance suite à un article 134, § 2 ou un article 24 de longue durée

CHAPITRE 14. EXAMEN EN CAS DE REPRISE DE TRAVAIL NON AUTORISÉE

CHAPITRE 15. MODALITÉS DE COMMUNICATION

Article 36. Notifications et motivations des décisions aux assurés

CHAPITRE 16. PLAN DE RÉINTÉGRATION

CHAPITRE 17. COLLABORATION AVEC LES TIERS

CHAPITRE 18. DISPOSITIONS

CHAPITRE 1. INTRODUCTION

Ces directives sont élaborées dans le souci de favoriser la qualité optimale du travail des médecins-conseils dans leurs missions d'évaluation de l'incapacité de travail des assurés et des droits qui en découlent, à savoir les indemnités et l'accès aux trajets de réintégration professionnelle compatibles avec leur état de santé et leurs capacités restantes. Cette qualité concerne aussi bien l'accueil des assurés et le respect de leur dignité que les soutiens apportés aux médecins-conseils dans l'exercice de leur profession de manière à augmenter le temps disponible au service des assurés.

Le médecin-conseil établit une relation de confiance avec les assurés. Cette relation est basée sur un respect mutuel des personnes et des lois.

Dans le cadre de ses missions, le médecin-conseil veille à l'application correcte des dispositions légales de la Loi AMI coordonnée du 14 juillet 1994, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, du Règlement des Indemnités du 16 avril 1997, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et de la Loi du 11 avril 1995.

Le terme "médecin-conseil" désigne le médecin-conseil ou l'ensemble des collaborateurs de l'équipe médico-socio-administrative telle que décrite au chapitre 3 sauf mention contraire.

CHAPITRE 2. CONDITIONS / ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Dans l'optique d'un accueil optimal des assurés et afin d'assurer au médecin-conseil l'infrastructure nécessaire à l'exercice de sa mission, l'organisme assureur met à disposition :

- une salle d'attente et des locaux de consultation pouvant accueillir correctement au moins 2 personnes par cabinet médical et permettant la réalisation d'un examen clinique complet
- l'accès aux assurés à mobilité réduite (en voiturette, notamment) doit être garanti. Des toilettes doivent leur être accessibles
- les locaux médicaux sont chauffés, ventilés, correctement éclairés, insonorisés et comportent un point sanitaire
- l'équipement médical, bureautique, informatique (Soft-, Hardware et réseau), … doit être en état de fonctionnement, performant et fiable de manière à faciliter le travail du médecin-conseil
- le personnel constitutif de l'équipe médico-socio-administrative.

L'organisme assureur est responsable de la mise à disposition de ces moyens afin que les consultations puissent se dérouler dans des conditions sereines et sécurisées (sécurité du médecin-conseil vis-à-vis des tiers y compris) et dans le respect de la confidentialité due au patient.

L'organisme assureur doit mettre à disposition du médecin-conseil toutes les informations relatives à l'assuré dont il a besoin dans l'exercice de sa mission.

Lorsque le médecin-conseil constate qu'il ne peut pas faire dûment son travail du fait du manquement d'un point ou l'autre mentionné ci-dessus, il en informe le médecin-directeur.

CHAPITRE 3. ÉQUIPE MÉDICO-SOCIO-ADMINISTRATIVE

Le médecin-conseil s'appuie sur une équipe de collaborateurs compétents, formés et qualifiés pour l'épauler dans ses missions.

Cette équipe est composée notamment de paramédicaux, infirmières, kinésithérapeutes, collaborateurs administratifs, travailleurs sociaux, …

Tout accès aux données médicales ne peut se faire que sous couvert d'une délégation en bonne et due forme.

CHAPITRE 4. RÔLE DU MÉDECIN-DIRECTEUR

Le médecin-directeur est le supérieur hiérarchique et fonctionnel des médecins-conseils et des autres collaborateurs relevant de sa direction.

Le médecin-directeur est responsable de la coordination, de l'organisation du travail, des cabinets médicaux, du suivi de la qualité des prestations des médecins-conseils, du respect du secret médical et des données sensibles à caractère personnel.

Le médecin-directeur veille aux conditions de travail des médecins-conseils sur le plan de leur environnement de travail et veille à ce que les outils et le personnel, nécessaires à l'exécution de leurs missions, soient mis à leur disposition.

Le médecin-directeur est l'interface de collaboration entre les instances externes et internes à l'organisme assureur et les médecins-conseils dans l'exécution de leurs missions.

En cas de litige, le médecin-directeur peut faire appel aux instances compétentes de l'INAMI.

CHAPITRE 5. DÉLÉGATION

Le médecin-conseil se réfère aux directives spécifiques du Comité du SECM.

CHAPITRE 6. GESTION DU CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (CIT)

Article 1. Réception du CIT ou d'une attestation d'incapacité de travail

Toute attestation d'incapacité de travail est réceptionnée par le médecin-conseil et porte la date de réception.

Chaque CIT ou attestation d'incapacité de travail qui peut éventuellement mener à la reconnaissance d'incapacité de travail (documents pour maladie professionnelle, accident de travail, chômage, mention contact maladie contagieuse,….) tant pour les travailleurs salariés que pour les travailleurs indépendants, doit immédiatement être enregistrée, dès qu'elle arrive à la mutualité.

Un fax, une photocopie ou un courriel (e-mail) ne peuvent pas être acceptés comme un CIT mais la date de réception de ce document peut servir comme date de réception du CIT original pour autant que ce dernier soit reçu ultérieurement.

Chaque attestation recevra un numéro de suite unique dans l'enregistrement continu et traçable, en plus de l'identification de l'assuré. Ce numéro de suite doit être soit un numéro par année soit un numéro par jour. La liste des numéros de suite doit pouvoir être présentée ou consultée à la simple requête des services compétents de l'INAMI.

Article 2. Examen du CIT en vue d'une "reconnaissance de l'incapacité de travail (I.T.)"

Les éléments minimaux pour reconnaître l'incapacité de travail sont vérifiés, à savoir :

- l'identification de l'assuré social
- le diagnostic ou la symptomatologie
- la période d'I.T (début + fin)
- l'identification du prescripteur.

Pour les déclarations de l'incapacité de travail d'un travailleur salarié en cas de séjour ou de résidence à l'étranger, le médecin-conseil se réfère à la circulaire organisme assureur spécifique à cette situation.

Article 3. Décision de reconnaissance de l'incapacité de travail

La décision de reconnaissance de la date de début et de la durée de l'incapacité de travail doit pouvoir être retrouvée dans le dossier de l'assuré avec le numéro de suite et la date de réception.

Les refus de reconnaissance sont toujours signifiés à l'assuré par le biais d'une notification dûment motivée. Les refus pour raison médicale sont consignés dans le dossier médical.

Toute décision du médecin-conseil est notifiée dans les délais fixés par le Règlement des Indemnités.

Article 4. Fixation de la date du début de l'incapacité de travail

La date du début de l'incapacité de travail est fixée par le médecin-conseil qui prend sa décision en tenant compte de tous les éléments en sa possession, notamment les dates mentionnées par le médecin traitant sur le CIT, la notification de l'entreprise d'assurance contre les accidents du travail, la notification d'inaptitude au travail délivrée par le bureau de chômage, la feuille de renseignements de l'employeur et, pour le travailleur indépendant, la date mentionnée sur la déclaration sur l'honneur.

Si une date différente de celle mentionnée sur le CIT est fixée, la justification est consignée dans le dossier.

Toutefois, la date du début de l'incapacité de travail (et pour autant que l'incapacité satisfasse aux critères de la Loi) ne peut être contestée par le médecin-conseil dans les cas dûment établis ci-dessous :

- la période d'hospitalisation dans un établissement hospitalier reconnu par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, ou dans un hôpital militaire
- les périodes définies à l'article 239, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, pendant lesquelles il est interdit au titulaire de se rendre au travail parce qu'il a été en contact avec une personne atteinte d'une des maladies contagieuses visées au même article
- lorsque l'incapacité est constatée par une notification d'inaptitude au travail délivrée par le bureau du chômage ainsi que dans le cas de la notification de l'entreprise d'assurance contre les accidents du travail.

Article 5. CIT incomplet

Identité ou signature du prescripteur fait défaut

Chaque CIT doit porter la signature du prescripteur et permettre l'identification de celui-ci.

Lorsque le CIT ne comprend pas suffisamment d'informations pour permettre d'identifier le prescripteur signataire, il faut néanmoins considérer le CIT comme ayant été reçu valablement.

Toutefois, la reconnaissance de l'incapacité de travail est refusée jusqu'à ce que l'identité du prescripteur ait été établie et le CIT signé.

Si le médecin-conseil peut identifier avec certitude le prescripteur (p. ex. en reconnaissant l'écriture, suite à un contact téléphonique avec l'assuré ou avec le prescripteur, …), le médecin-conseil notera ces informations dans le dossier et le refus de reconnaissance de l'incapacité de travail pourra alors être levé.

L'identification de l'assuré fait défaut

Si le médecin-conseil ne dispose pas de l'identité de l'assuré, il ne peut pas prendre de décision. Un tel CIT ne peut dès lors pas être considéré comme reçu.

Le diagnostic ou les symptômes font défaut

Lorsqu'il n'y a pas de diagnostic, ni de symptômes mentionnés, ni de code diagnostique, le CIT est considéré comme réceptionné, mais l'incapacité de travail ne peut être reconnue tant que les données requises ne sont pas à la disposition du médecin-conseil.

Le médecin-conseil prendra une des décisions suivantes en respectant les délais prévus dans le Règlement des indemnités :

- recueillir des renseignements complémentaires avant de prendre une décision
- décider du refus de reconnaissance.

Le début et/ou la fin d'IT font défaut

Si la date de début de l'incapacité de travail n'est pas mentionnée sur le CIT, la date du cachet de la poste ou - à défaut de cachet de la poste - la date de réception du CIT peut être prise en considération comme date de début.

Si la date de fin fait défaut, le médecin-conseil peut fixer lui-même la durée de reconnaissance de l'incapacité de travail en fonction des éléments en sa possession ou la refuser.

Article 6. Reconnaissance en cas de rechute

Lors d'une rechute après une reprise de travail spontanée, le médecin-conseil examine s'il y a suffisamment de nouveaux éléments pour motiver une nouvelle reconnaissance de l'incapacité de travail.

Lors d'une rechute après une décision de fin de reconnaissance de l'incapacité de travail, le médecin-conseil examine les éléments fournis et motive lui-même de façon circonstanciée chaque décision dans le dossier médical.

CHAPITRE 7. ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (I.T.)

Article 7. Points importants lors de l'évaluation d'une incapacité de travail

Lors de l'évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance indemnités, le médecin-conseil tient toujours compte de deux objectifs :

- l'application correcte des dispositions légales et réglementaires
- la réintégration professionnelle optimale de l'assuré en incapacité de travail. Le médecin-conseil examine systématiquement s'il est possible d'envisager la réintégration de l'intéressé à l'avenir.

Pour rappel :

Pour les travailleurs salariés le médecin-conseil vérifie que l'article 100 s'applique et plus particulièrement :

- s'il existe un lien causal entre "la survenue ou l'aggravation de lésions ou troubles fonctionnels" et "l'arrêt de toute activité sauf travail volontaire"

- si, suite à un état antérieur, l'assuré avait déjà avant sa déclaration d'I.T. une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail.

Pour les travailleurs indépendants (art. 19), le médecin-conseil vérifie les éléments suivants lors de la reconnaissance de l'incapacité de travail tant sur la base de la déclaration de l'incapacité de travail qu'après réception du questionnaire avec la déclaration sur l'honneur :

- s'il existe un lien causal entre les "lésions ou troubles fonctionnels" et "la cessation des activités"
- si toutes les activités professionnelles ont été arrêtées.

Outre les antécédents médicaux, scolaires et professionnels de l'assuré pour évaluer l'incapacité de travail *in concreto*, le médecin-conseil doit prendre connaissance :

- des éléments *médicaux* nouveaux qui motivent l'entrée en incapacité de travail et sa prolongation

- des éléments *sociaux et environnementaux* qui peuvent soit faire obstacle au retour au travail, soit le faciliter.

Article 8. Dommage réparé en vertu d'une autre législation

Après avoir vérifié si l'assuré répond à l'article 100 ou à l'article 19, le médecin-conseil veille à la bonne application de l'article 136, § 2 pour un travailleur salarié ou l'article 29 pour un travailleur indépendant.

Article 9. Données utiles pour évaluer l'incapacité de travail

Pour évaluer l'incapacité de travail et pour fixer la date de la 1re convocation, le médecin-conseil consulte et intègre les données du CIT, les données socioprofessionnelles à disposition et les données administratives suivantes sur les 4 dernières années :

- identité de l'assuré : nom, prénom, date de naissance et, si possible, le statut social et sa dernière profession
- dates du début et de la fin de chaque période d'incapacité pour laquelle il y a eu une déclaration, que cette incapacité ait donné lieu ou non à la perception d'indemnités
- absence le jour de la convocation pour examen (reprise du travail spontanée, empêchement justifié, art. 134, § 2 ou art. 24)
- nature de la fin des périodes d'incapacité de travail (reprise du travail spontanée ou décision de fin de reconnaissance)
- autorisations pour l'exercice d'une activité
- accidents du travail
- maladies professionnelles
- accidents avec tiers responsable
- les refus de reconnaissance.

L'organisme assureur doit mettre les moyens nécessaires à disposition pour la consultation de ces données.

Article 10. Prévention secondaire de l'incapacité prolongée

Outre la reconnaissance de l'IT, le médecin-conseil porte une attention particulière à la détection des cas à risque d'incapacité prolongée et procède à l'évaluation de l'incapacité de travail et des capacités restantes. Il évalue systématiquement les possibilités de proposer un trajet de réintégration.

À cette fin, le médecin-conseil s'appuie notamment sur :

- les guides d'aide à l'évaluation élaborés par le Conseil technique médical et approuvés par le Conseil médical de l'invalidité
- la circulaire organisme assureur concernant les niveaux de l'évaluation de l'incapacité de travail et les trajets de réintégration qui y sont associés.

CHAPITRE 8. LE DOSSIER MÉDICAL

Le médecin-conseil enregistre de manière précise :

- les données médicales
- le raisonnement médico-socio-professionnel qui motive le niveau de l'évaluation de retour au travail
- le pronostic médical
- la nécessité d'établir un plan d'actions et les actions envisagées et/ou engagées pour la réintégration socio-professionnelle de l'assuré
- les motivations des décisions prises par le médecin-conseil.

CHAPITRE 9. CONVOCATION À LA CONSULTATION

Article 11. Principe du contact avec l'assuré

D'une manière générale, le premier contact du médecin-conseil avec un assuré incapable de travailler doit être précoce et doit avoir lieu au plus tard avant la fin du troisième mois. Ce premier contact peut avoir pour forme une convocation à une consultation ou une demande de renseignements préparatoire à une consultation ultérieure.

Lorsque le médecin-conseil possède tous les éléments médicaux, sociaux et administratifs nécessaires et suffisants, ce contact peut être différé dans les cas de pathologie avec répercussions fonctionnelles sévères bien identifiées et justifiant une période plus longue de l'incapacité de travail.

Lorsque les données médicales permettent de conclure qu'une réintégration n'est plus envisageable, ce contact n'est pas obligatoire.

Article 12. Organisation d'une consultation

Une convocation à une consultation médico-socio-professionnelle ne doit être planifiée que lorsqu'elle est utile, nécessaire et présente une plus-value médico-socio-professionnelle.

Certaines informations peuvent être utilement récoltées via d'autres canaux (ex. questionnaire papier, contact téléphonique, ...).

L'organisation d'une consultation répond, entre autres, à l'une ou plusieurs des motivations suivantes :

- lorsqu'il s'agit d'assurés qui ne reprendront pas le travail spontanément et pour lesquels le médecin-conseil évalue qu'une reprise est ou sera possible

- lorsqu'il s'agit d'assurés qui présentent un risque d'incapacité de travail prolongée nécessitant un accompagnement

- la consultation est utile pour l'assuré, le médecin-conseil ou l'équipe médico-socio-administrative.

Article 13. Date de convocation et tenue de l'agenda

Sur base des données de santé, du CIT (diagnostic ou symptômes et durée de l'I.T.) et des données administratives disponibles, le médecin-conseil fixe, si nécessaire, une date de convocation à l'assuré :

- en s'appuyant sur les guides d'aide à l'évaluation pour les groupes de pathologies spécifiques définis par le Conseil technique médical (CTM)
- en l'absence de guides : en fonction de la sévérité des répercussions fonctionnelles, la durée prévue pour l'incapacité de travail, la nécessité d'élaborer des trajets de réintégration avec l'assuré
- dans les cas où il faut porter une attention particulière en raison des antécédents de l'assuré: notifications de fin, recours auprès des Tribunaux du travail, suspicion d'état antérieur, absence de capacité de gain, …

Dans les cas où le médecin-conseil possède les éléments permettant de constater qu'une réintégration ne sera plus possible dans aucun des métiers accessibles à l'assuré, il peut ne pas convoquer l'assuré.

Le médecin-conseil est responsable de la tenue du planning des convocations.

Article 14. Organisation administrative des convocations

La suppression d'une plage de consultation initialement prévue ne peut être faite que selon les instructions du médecin-directeur.

La convocation est adressée à l'assuré au plus tôt 21 jours calendrier avant la date de la convocation prévue.

Article 15. Convocation d'urgence consécutive à la réception du CIT

Le médecin-conseil doit convoquer l'assuré dans les meilleurs délais (maximum 30 jours calendrier après la date de réception du CIT) dans les cas suivants :

- en cas de suspicion d'état antérieur ou d'absence de capacité de gain
- en cas de rechute après notification de décision de fin de reconnaissance d'incapacité de travail.

Au cas où le médecin-conseil ne respecte pas ce délai, il en motive la raison dans le dossier.

CHAPITRE 10. CONSULTATION DU MÉDECIN-CONSEIL

Article 16. Consultation du médecin-conseil

Les collaborateurs du médecin-conseil préparent la consultation en recueillant entre autres :

- les renseignements socio-professionnels
- les rapports médicaux
- les renseignements administratifs
- l'historique des incapacités de travail
- les coordonnées du médecin-traitant

et trient les informations fournies par :

- l'assuré
- l'employeur
- le conseiller en prévention - médecin du travail
- le médecin traitant
- le conseiller référent du service régional ou communautaire.

Les membres de l'équipe médico-socio-administrative peuvent avoir accès au dossier médical qu'ils peuvent compléter. Le médecin-conseil veille à ce que ses collaborateurs respectent le secret médical et ne prennent aucune initiative d'exercice illégal de l'art de guérir.

Sur base des renseignements recueillis, le médecin-conseil établit la nécessité d'une consultation et en fixe la date.

Dans les cas d'assurés à risque d'incapacité prolongée ou dans les cas prévus à l'article 15, la consultation est essentielle et le médecin-conseil doit personnellement :

- revoir /consolider les données socio-professionnelles
- procéder à un examen clinique en relation avec les plaintes justifiant l'incapacité de travail actuelle
- déterminer avec précision les répercussions fonctionnelles et les capacités restantes
- vérifier si l'assuré répond ou non à l'article 100, § 1er / article 19
- discuter avec l'assuré d'une réintégration socio-professionnelle avec établissement en concertation d'un plan de réintégration avec un échéancier.

Lors de la consultation, l'identité de l'assuré est vérifiée, si nécessaire sur base de preuves comme des pièces d'identité légales.

En cas de doute sur l'identité d'un assuré et si la vérification ne peut être effectuée faute de documents probants (carte d'identité ou passeport), le médecin-conseil applique l'article 134, § 2 ou l'article 24 si travailleur indépendant qui sera levé dès que la preuve de l'identité est établie.

Article 17. Accompagnement dans le trajet de réintégration professionnelle des titulaires reconnus incapables de travailler

Sur base des activités préparatoires de l'équipe médico-socio-administrative et/ou d'un premier contact, le médecin-conseil lui-même évalue les limitations fonctionnelles du titulaire et les capacités restantes et prend des initiatives en matière de réintégration socio-professionnelle.

Les facteurs, facilitant ou freinant la réussite du processus de réintégration professionnelle, doivent pouvoir être identifiés le plus rapidement possible.

Le médecin-conseil prend toutes les mesures utiles et contacte notamment avec l'accord du titulaire, toute personne physique ou morale susceptible de contribuer à la réintégration professionnelle de celui-ci, à savoir le médecin traitant, l'employeur, le conseiller en prévention, le médecin du travail ainsi que les autres conseillers en prévention du Service de prévention et de protection au travail, le conseiller référent des organismes régionaux ou communautaires compétents en matière de formation et d'emploi.

CHAPITRE 11. TRANSMISSION DES DONNÉES NÉCESSAIRES AU CONSEIL MÉDICAL DE L'INVALIDITÉ (CMI)

Article 18. Participation à la collecte de données nécessaires aux flux

Le médecin-conseil doit communiquer ses décisions et toutes les données nécessaires aux flux dans les meilleurs délais de façon à ce que l'administration de l'organisme assureur puisse les envoyer dans les délais réglementaires.

Article 19. Proposition d'entrée en invalidité

Le médecin-conseil communique la proposition d'entrée en invalidité à la direction médicale pour qu'elle soit envoyée au CMI au plus tôt 2 mois avant et au plus tard 30 jours calendrier avant la date de début de la période d'invalidité.

Pour les indépendants, qui selon le médecin-conseil, répondent à l'article 19 mais ne répondent pas à l'article 20, les délais de transmission sont les mêmes.

Article 20. Prolongation de l'invalidité

Le médecin-conseil communique la proposition de prolongation de l'invalidité à la direction médicale pour qu'elle soit envoyée au plus tôt 2 mois avant et au plus tard 30 jours calendrier précédant l'expiration de la période pour laquelle l'état d'invalidité a été reconnu.

Article 21. Rechute en invalidité

En cas de rechute en invalidité, le médecin-conseil est compétent pour reconnaître l'état d'invalidité pour une période maximale de 30 jours calendrier à compter de la date de la rechute.

Le médecin-conseil communique sa décision et le cas échéant sa proposition à la direction médicale pour qu'elle soit envoyée le plus rapidement possible et au plus tard 30 jours calendrier après la date de réception du certificat de rechute.

Article 22. Flux INFO : demande d'info par un médecin-inspecteur dans le cadre de l'évaluation d'un dossier d'invalidité

Le médecin-conseil communique endéans les 5 jours ouvrables l'information demandée pour qu'elle soit envoyée via les flux au CMI.

Article 23. Flux "incapacité primaire"

Le médecin-conseil communique à la direction médicale la situation au premier jour du septième mois de l'assuré en incapacité primaire pour qu'elle soit transmise au CMI.

Article 24. Délais des flux particuliers

Le médecin-conseil communique les informations nécessaires à la direction médicale pour que les flux ci-dessous soient envoyés au CMI au plus tard 15 jours calendrier après la date de la décision du médecin-conseil ou la prise de connaissance de l'évènement par le médecin-conseil :

Flux	Délai
Régularisation demande de passage INV + fin	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Régularisation prolongation INV + fin	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Régularisation rechute INV + fin	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Régularisation après Tribunaux du travail ou autre	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Prolongation après travail non autorisé (art. 101 – 23*ter*)	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Fin	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil ou la prise de connaissance
Application article 134, § 2 / 24 par le M-C	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Levée article 134, § 2 / 24 par le M-C	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil ou la prise de connaissance
Début ATP	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Fin ATP	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil

CHAPITRE 12. REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITÉ (RTTP)

Article 25. Principes généraux

Les reprises partielles de travail doivent être encouragées, car elles maintiennent le lien entre l'assuré et l'activité professionnelle et favorisent les reprises complètes de travail.

Chaque fois que le médecin-conseil estime possible une reprise partielle d'activité, il en informe l'assuré et l'encourage à reprendre au maximum de ses possibilités.

Dans le cadre de l'article 100, § 2, lorsque l'assuré informe le médecin-conseil d'une reprise partielle de travail, le médecin-conseil prend lui-même la décision d'autorisation ou de refus dans les délais les plus courts possibles et au plus tard dans les 30 jours ouvrables.

Pour les travailleurs indépendants, dans le cadre des articles 23 et 23*bis* l'accord préalable à la reprise d'activité professionnelle reste obligatoire.

Article 26. Modalités décisionnelles pour les travailleurs salariés

Dans le cadre de l'article 100, § 2, le médecin-conseil note au dossier le volume et la nature du travail autorisé ainsi que le type d'horaire à prester. Il fixe la date de début d'autorisation de reprise partielle de travail.

a. Dans les cas où la reprise partielle a pour objectif une réintégration professionnelle complète, le médecin-conseil évalue lui-même l'incapacité de travail au sens de l'article 100 en fonction de l'évolution médicale attendue. Dès que la reprise complète est possible (l'assuré ne répond plus à l'art. 100, § 2) et si l'assuré n'a pas repris spontanément son activité complète, le médecin-conseil lui-même met fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail. Le médecin-conseil lui-même met donc fin à l'article 100, § 2 à condition que l'assuré exerce effectivement l'activité autorisée.

b. Lorsque le médecin-conseil accorde lui-même l'autorisation pour une durée indéterminée et si l'assuré cesse son activité partielle pour une période supérieure à 6 mois, le médecin-conseil réévalue la situation.

c. Des activités sans valeur économique ou tout à fait occasionnelles ne nécessitent pas d'autorisation.

L'appréciation de la nécessité d'une autorisation est de la compétence du médecin-conseil lui-même.

Les situations sont cependant très diverses et doivent mener à une analyse au cas par cas suivant la description de ce que l'assuré veut faire. Le médecin-conseil note précisément l'information dans le dossier et, si nécessaire, délivre l'autorisation.

En cas de litige ou de différence d'appréciation entre instances de contrôle, le médecin-conseil doit lui-même mettre ses notes en rapport avec les déclarations de la personne et son appréciation de l'activité à la disposition du contrôleur social ou du médecin-inspecteur.

Article 27. Modalités décisionnelles pour les travailleurs indépendants

Dans le cadre de l'article 23, et pour autant que le titulaire reste reconnu en incapacité de travail conformément aux articles 19 ou 20, le médecin-conseil lui-même, donne un accord pour l'exercice d'une activité professionnelle, compatible avec l'état de santé, en vue de la réintégration complète de l'assuré.

Chacune des périodes d'autorisation porte sur une période maximale de 6 mois et peut être prolongée jusqu'à 18 mois au total.

Le médecin-conseil note au dossier la nature, le volume et les conditions d'exercice et fixe la durée de l'accord.

Dans le cadre de l'article 23*bis*, et pour autant que le titulaire reste en incapacité de travail conformément aux articles 19 ou 20, le médecin-conseil lui-même, donne un accord pour reprendre une activité sans objectif de réintégration complète au sens de l'article 23 ou si la réintégration complète au terme de l'exercice d'une activité autorisée au sens de l'article 23 a échoué.

Le médecin-conseil lui-même détermine la nature, le volume et les conditions d'exercice de cette activité et fixe la date de début d'autorisation.

Le médecin-conseil procède à un examen médical au moins tous les 6 mois afin de contrôler l'état d'incapacité de travail, à moins que les éléments figurant au dossier médical justifient un examen à une date ultérieure.

Article 28. Contenu et qualité du flux RTTP

Le flux contient toutes les données relatives aux demandes, autorisations, refus et modifications en matière d'activités autorisées, d'activités non autorisées et de travail de volontaire connu.

Le médecin-conseil est responsable du contenu et de la qualité des données encodées dans le flux.

Toutes les données doivent être communiquées dans le flux dans un délai de 8 jours calendrier.

Toutes les décisions en matière d'autorisations, de refus et de modifications d'activités, ainsi que toutes les annotations en matière de travail volontaire doivent être mentionnées dans le dossier le jour de la décision. Cette information doit être mise à la disposition du contrôleur social, de l'inspecteur social ou du médecin-inspecteur dans le cas d'un éventuel contrôle.

Toutefois, une exception est prévue en ce qui concerne les informations relatives aux horaires et aux numéros d'entreprise et ONSS. Le numéro ONSS et le numéro d'entreprise doivent être transmis dans un délai de 8 jours calendrier à partir du moment où l'organisme assureur dispose de ces informations. Les horaires sont communiqués dans un délai de 8 jours calendrier. Exceptionnellement, ce délai peut être étendu à 30 jours calendrier maximum. La raison de cette prolongation du délai doit être mentionnée dans le dossier.

Article 29. Conditions à remplir pour toute autorisation de reprise partielle d'activité pour les travailleurs salariés et indépendants

Pour pouvoir bénéficier d'une autorisation d'activité, l'assuré doit avoir cessé toutes ses activités pendant au moins 1 jour.

Article 30. Date de fin d'activité autorisée

- Régime général :
  la mention d'une date de fin de l'autorisation est facultative

- Travailleurs indépendants :
  la date de fin de l'autorisation pour les travailleurs indépendants dépend de la base légale. Elle est obligatoire pour l'article 23 et facultative pour l'article 23*bis*.

Article 31. Horaires

On distingue 3 types d'horaires :

Horaire fixe :

Un horaire fixe doit être mentionné dans tous les cas où cela s'avère possible. Il faut mentionner un horaire fixe avec mention des jours et des heures de travail ainsi que le volume, exprimé en heures par semaine.

Horaire fixe avec temps de travail flexible :

Il y a un horaire fixe mais seules les heures de début et de fin des plages horaires journalières sont fixées. Dans les limites de ces plages horaires, l'assuré peut utiliser le volume maximum autorisé par jour de manière flexible (par ex. : heures flottantes). Le volume, exprimé en heures par semaine, doit toujours être mentionné.

Horaire variable :

Pour des raisons médicales ou organisationnelles, l'horaire est déterminé en fonction des nécessités. Dans ces cas-là, il n'est pas possible de mentionner un horaire fixe et on ne sait pas au préalable à quels moments l'assuré prestera le volume maximum autorisé par semaine. Il faut uniquement mentionner dans le flux qu'il s'agit en l'occurrence d'un horaire variable et il ne faut pas transmettre d'horaire détaillé. Le volume, exprimé en heures par semaine, doit toujours être mentionné. Pour le travailleur salarié, l'horaire détaillé presté doit être à la disposition chez l'employeur.

En cas de travail volontaire, il ne faut pas mentionner de volume ni d'horaire.

Article 32. Fin de l'autorisation

Toute interruption dans le flux correspond à une décision effective qui non seulement doit être mentionnée dans le flux mais qui doit aussi être notifiée par écrit à l'assuré. Cette notification n'est pas nécessaire dans les cas où l'assuré a mis lui-même fin à sa reprise partielle ou à son incapacité de travail.

Puisqu'une autorisation est uniquement valable pour la période d'incapacité de travail en cours, toute "fin d'incapacité de travail" met également d'office fin à l'autorisation. Cela ne nécessite pas de communication écrite distincte. En cas de rechute une nouvelle autorisation est requise.

Si l'assuré cesse son activité partielle pour une période supérieure à 6 mois, le médecin-conseil réévalue la situation.

CHAPITRE 13. ABSENCE AU CONTRÔLE SANS JUSTIFICATION VALABLE

Article 33. Application de l'article 134, § 2 ou l'article 24

Dans les cas où le médecin-conseil constate que l'assuré ne répond pas aux obligations de contrôle qui lui sont imposées, le médecin-conseil applique l'article 134, § 2 de la Loi coordonnée ou l'article 24 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 pour les travailleurs indépendants, et ceci aussi longtemps que le bénéficiaire ne répond pas à ces obligations.

Ces "obligations de contrôle" sont entre autres :

- se présenter suite à une convocation du médecin-conseil
- collaborer à tout contact ou à l'examen du médecin-conseil
- présenter des rapports ou des documents suite à la demande du médecin-conseil.

L'application de l'article 134, § 2 ou de l'article 24 entraîne une conséquence grave pour l'assuré qui se voit privé de ressources. Le médecin-conseil veille à ce qu'elle soit appliquée avec discernement et dans un objectif préventif de récidive.

Article 34. Levée et annulation de l'article 134, § 2 ou l'article 24

Le médecin-conseil examine les motifs invoqués par l'assuré et les notes dans le dossier médical avec la date de prise de contact par l'assuré. À partir du moment où l'assuré est effectivement disponible pour le contrôle, l'article 134, § 2 ou l'article 24 est levé (l'art. 134, § 2 ou 24 reste d'application jusqu'au jour précédent celui où l'assuré est effectivement disponible pour le contrôle).

Pour la période qui précède, le médecin-conseil peut annuler l'application de l'article 134, § 2 ou 24 sur base des motifs soumis par l'assuré. (L'application de l'art. 134, § 2 ou 24 est alors annulé à partir de la date de début de son application).

Le médecin-conseil est compétent pour lever ou annuler l'application de l'article 134, § 2 ou l'article 24 suite à une décision qu'il a prise ou qui a été prise par un autre médecin-conseil du même organisme assureur. après concertation éventuelle avec ce dernier.

Toute décision doit être dûment motivée dans le dossier médical.

Article 35. Fin de reconnaissance suite à un article 134, § 2 ou l' article 24 de longue durée

Le médecin conseil applique immédiatement l'article 134, § 2 / 24 pour tout assuré qui ne se présente pas ou refuse de se soumettre sans justification valable aux obligations de contrôle prévues à l'article 33 de ces directives et pour lesquelles il a été convoqué par voie recommandée.

Le médecin conseil lui-même met fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail si l'article 134, § 2 / 24 perdure sans justification valable durant un délai de 60 jours calendrier à compter de la date de l'examen prévu.

En cas de convocation par envoi ordinaire préalable, et que l'assuré ne se présente pas ou refuse de se soumettre sans justification valable aux obligations de contrôle prévues à l'article 33 de ces directives, les indemnités sont suspendues et un courrier d'information est adressé à l'assuré. Cet assuré sera convoqué par envoi recommandé pour un examen qui doit avoir lieu endéans les 30 jours ouvrables à compter de la date de la 1re convocation (par pli ordinaire).

CHAPITRE 14. EXAMEN EN CAS DE REPRISE DE TRAVAIL NON AUTORISÉE

Le médecin-conseil lui-même procède à un examen médical dans les 30 jours ouvrables à compter de la date de réception à l'organisme assureur de la constatation de l'exercice d'une activité non autorisée d'un titulaire reconnu incapable de travailler et évalue l'incapacité de travail au moment de l'examen dans le cadre d'une application de l'article 101 ou de l'article 23*ter*.

CHAPITRE 15. MODALITÉS DE COMMUNICATION

Article 36. Notifications et motivations des décisions aux assurés

Le médecin-conseil communique ses décisions dans les délais et les formes conformes au Règlement des indemnités à l'assuré et à l'administrateur de biens s'il échet, par envoi ordinaire pour les décisions favorables et par envoi recommandé ou en main propre contre accusé de réception pour les décisions défavorables.

Toutes les décisions défavorables sont motivées de manière à ce qu'elles puissent être comprises par l'assuré et plus particulièrement s'il s'agit d'une décision de fin de reconnaissance d'incapacité de travail.

La notification doit clairement identifier le médecin-conseil qui a pris la décision et doit respecter la législation sur l'emploi des langues.

Un envoi recommandé sera envoyé à l'adresse renseignée par la Banque Carrefour et par pli ordinaire si l'adresse de résidence diffère.

CHAPITRE 16. PLAN DE RÉINTÉGRATION

Le médecin-conseil gère lui-même le processus d'évaluation et de réintégration de l'assuré en incapacité de travail au travers d'une approche intégrée et multidisciplinaire.

Il collabore avec tous les acteurs concernés, coordonne les activités, veille à l'application et au respect des réglementations et statue sur la situation spécifique de chaque assuré.

Le médecin-conseil élabore un plan d'action individualisé basé sur l'évolution attendue de l'incapacité de travail en cours et en assure le suivi en fonction de l'état de santé du titulaire et des facteurs socioprofessionnels et psychosociaux.

Le plan d'action et son évolution sont consignés dans le dossier et à disposition des instances de contrôle.

CHAPITRE 17. COLLABORATION AVEC LES TIERS

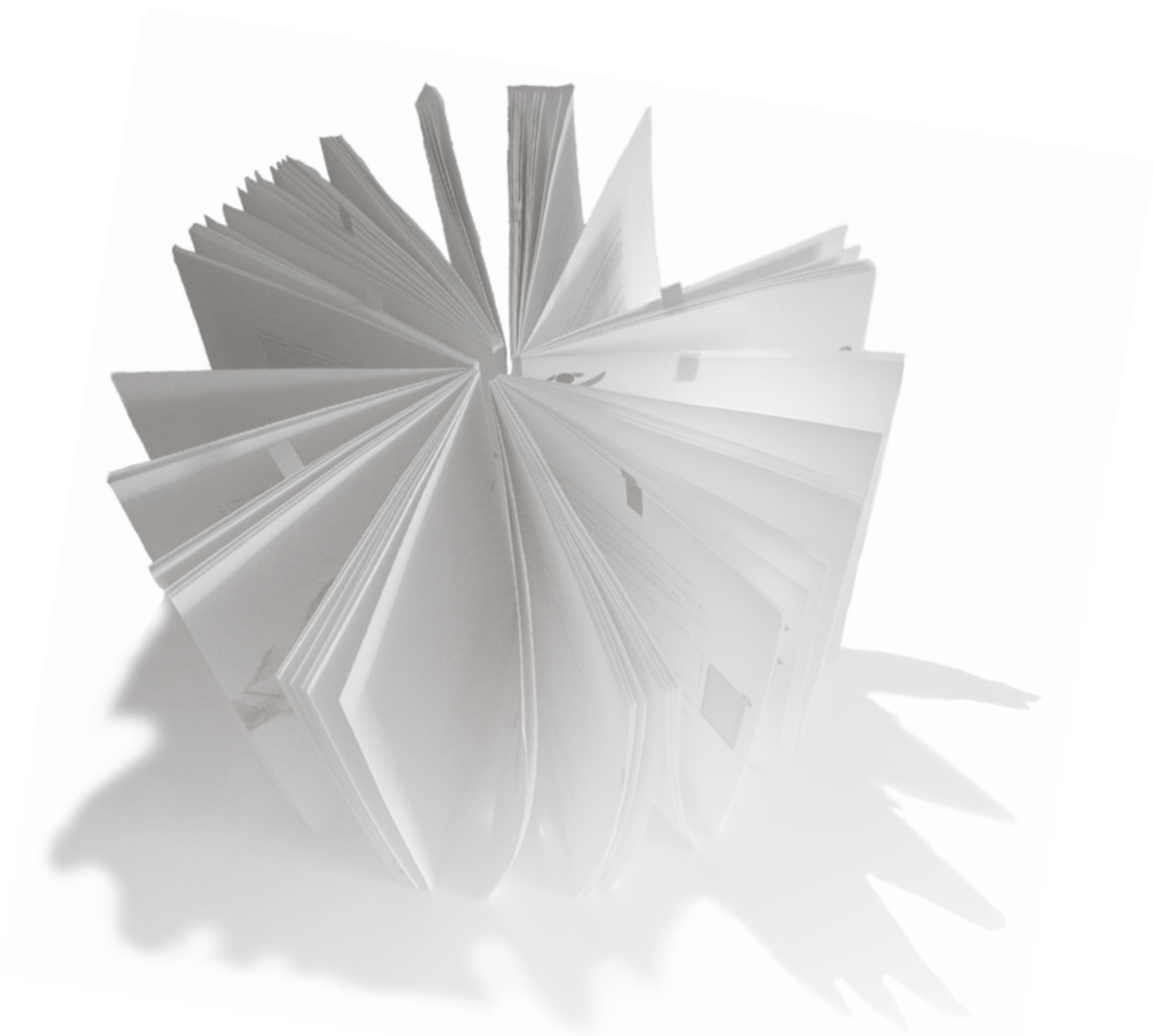
Le médecin-conseil veille à faciliter les échanges avec les confrères et consœurs, en particulier les médecins traitants et les conseillers en prévention, médecins du travail ainsi que les autres conseillers en prévention du Service de prévention et de protection au travail, le secteur thérapeutique, les équipes locorégionales dédiées à la réintégration,… Il respecte les règles de la déontologie et le statut du médecin-conseil.

CHAPITRE 18. DISPOSITIONS

Ces directives-ci remplacent dans leur intégralité celles édictées par le Comité du SECM en matière d'incapacité de travail.

Circulaire O.A. n° 2015/274 - 4*bis*/1 du 14 septembre 2015.

6e Partie
Données de base



I. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1er janvier 2016 - Bien-être

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 - Moniteur belge du 29 janvier 2014 (2e éd.) relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 15.986,16 et 2.959,47 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004=100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Au 1er janvier 2016 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	**Personnes à charge**
17.649,88 EUR	3.267,47 EUR

Circulaire O.A. n° 2015/208 - 3991/270 du 10 juillet 2015.

II. Intervention majorée - Moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2015

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 - Moniteur belge du 29 janvier 2014 (2e éd.) relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 15.986,16 et 2.959,47 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004=100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

En vigueur à partir du 1er janvier 2016 :

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2015)	
Titulaires	**Personnes à charge**
17.175,01 EUR	3.179,56 EUR

Circulaire O.A. n° 2015/209 - 3991/271 du 10 juillet 2015.

III. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3e al. de l'A.R. du 03.07.1996) - Résidents, bien-être

Ce montant de 25.285,14 EUR lié à l'indice-pivot des prix à la consommation 103,14 (base 1996 = 100) est adapté à l'évolution des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

Indexation des plafonds (montants en EUR)	Résidents	Personnes à charge (idem intervention majorée)
À partir du 1er janvier 2002	26.306,66	2.265,63
À partir du 1er février 2002	26.832,59	2.310,92
À partir du 1er juin 2003	27.368,64	2.357,09
À partir du 1er octobre 2004	27.914,79	2.404,13
À partir du 1er août 2005	28.473,60	2.452,25
À partir du 1er octobre 2006	29.042,51	2.501,25
À partir du 1er septembre 2007(bien-être)	29.042,51	2.518,75
À partir du 1er janvier 2008	29.624,07	2.602,36
À partir du 1er mai 2008	30.215,74	2.654,33
À partir du 1er septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1er juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.756,15
À partir du 1er janvier 2010 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1er septembre 2010	31.437,01	2.844,47
À partir du 1er mai 2011	32.066,61	2.901,44
À partir du 1er septembre 2011 (bien-être)	32.066,61	2.921,74
À partir du 1er janvier 2012 (bien-être)	32.066,61	2.959,47
À partir du 1er février 2012	32.708,86	3.018,74
À partir du 1er décembre 2012	33.363,74	3.079,19
À partir du 1er septembre 2013 (bien-être)	33.363,74	3.140,77
À partir du 1er juillet 2015	34.031,27	3.203,40
À partir du 1er septembre 2015 (bien-être)	34.031,27	3.225,83
À partir du 1er janvier 2016 (bien-être)	**34.031,27**	**3.267,47**

Moyenne annuelle (montants en EUR)	Résidents	Personnes à charge
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	**33.697,51**	**3.179,56**

En vigueur à partir du 1er janvier 2016.

Circulaire O.A. n° 2015/210 - 270/66, 273/66, 274/68, 2790/66, 2791/66, 2792/65, 3910/1447 et 83/451 du 10 juillet 2015.

IV. Revalorisation des prestations au 1er septembre 2015 - Régime général

...

1. Éléments de base

a. Régime général

1) Revalorisation de 2 % (minima exclus) des indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1er janvier 2009 et au plus tard le 31 décembre 2009 (récurrence des 6 ans d'incapacité) (mesure conjoncturelle)

Le montant des indemnités d'invalidité des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1er janvier 2009 et au plus tard le 31 décembre 2009 est augmenté, au 1er septembre 2015, d'un coefficient de revalorisation de 2 % (durée d'incapacité atteint 6 ans). Cette revalorisation ne s'applique pas aux titulaires bénéficiant d'un des minima.

2) Revalorisation des indemnités "minimum travailleur régulier" octroyées aux titulaires avec charge de famille et aux isolés suite à l'augmentation des montants de la pension minimum des travailleurs salariés (+ 2 %) (mesure conjoncturelle)

Les montants sur base annuelle de la pension minimum des travailleurs salariés sont adaptés comme suit au 1er septembre 2015 (base 103,14) :

- le montant "avec charge de famille" passe de 12.765,99 EUR à 13.021,31 EUR
- le montant "isolé" passe de 10.216,01 EUR à 10.420,33 EUR.

Adaptées à l'indice pivot 119,62, les indemnités journalières octroyées aux titulaires "travailleurs réguliers" avec charge de famille et isolé sont fixées comme suit au 1er septembre 2015 :

- titulaires avec charge de famille : 55,0693 EUR, arrondi à 55,07 EUR
- titulaires isolés : 44,0693 EUR, arrondi à 44,07 EUR.

3) Revalorisation de l'indemnité "minimum travailleur régulier" octroyée aux cohabitants (+ 2 %) (mesure conjoncturelle)

Le montant de base "minimum travailleur régulier" octroyé aux titulaires cohabitants passe de 28,0753 EUR à 28,6368 EUR au 1er septembre 2015 (base 103,14).

Adaptée à l'indice pivot 119,62, l'indemnité journalière octroyée aux titulaires "travailleurs réguliers" cohabitants est fixée, à partir du 1er septembre 2015, à 37,7863 EUR, arrondie à 37,79 EUR.

4) Revalorisation des indemnités "minimum travailleur non régulier" suite à l'augmentation des montants du revenu d'intégration sociale (RIS) (+ 2 %) (mesure conjoncturelle)

Les montants sur base annuelle du revenu d'intégration sociale (RIS) sont adaptés comme suit au 1er septembre 2015 (base 103,14) :

- le montant "avec charge de famille" passe de 9.911,21 EUR à 10.109,43 EUR
- le montant "isolé" passe de 7.433,40 EUR à 7.582,07 EUR.

Adaptées à l'indice pivot 119,62, les indemnités journalières octroyées aux titulaires "travailleurs non réguliers" sont fixées comme suit au 1er septembre 2015 :

- titulaires avec charge de famille : 42,7545 EUR, arrondi à 42,75 EUR
- titulaires sans charge de famille : 32,0658 EUR, arrondi à 32,07 EUR.

b. Régime des indépendants

a) Revalorisation de 2 % des forfaits octroyés aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise (mesure conjoncturelle)

Les forfaits "avec charge" et "isolé" octroyés aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise sont augmentés au 1er septembre 2015 suite à la revalorisation de 2 %, à cette même date, des montants de la pension minimum des indépendants.

Les montants sur base annuelle de la pension minimum des indépendants sont revalorisés comme suit au 1er septembre 2015 (base 103,14) :

- titulaire avec charge : de 12.765,99 EUR à 13.021,31 EUR
- titulaire isolé : de 9.739,51 EUR à 9.934,31 EUR.

Les forfaits "avec charge" et "isolé" sont fixés, à partir du 1er septembre 2015 (indice pivot 119,62), à respectivement 55,0693 EUR, arrondi à 55,07 EUR et 42,0139 EUR, arrondi à 42,01 EUR.

Le forfait "cohabitant" octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise est revalorisé de 2 % au 1er septembre 2015.

Le montant de base de ce forfait cohabitant passe de 25,1116 EUR à 25,6138 EUR au 1er septembre 2015 (base 103,14).

Adapté à l'indice pivot 119,62, le forfait cohabitant s'élève, à partir du 1er septembre 2015, à 33,7974 EUR, arrondi à 33,80 EUR.

b) Revalorisation de 2 % des forfaits octroyés aux invalides ayant mis fin à leur entreprise (mesure conjoncturelle)

Les forfaits octroyés aux invalides ayant mis fin à leur entreprise sont revalorisés au 1er septembre 2015 suite à la revalorisation, à cette même date, des montants "minimum travailleur régulier" en vigueur dans le régime général.

Adaptés à l'indice pivot 119,62, ces forfaits s'élèvent au 1er septembre 2015 à :

- forfait avec charge : 55,0693 EUR, arrondi à 55,07 EUR
- forfait isolé : 44,0693 EUR, arrondi à 44,07 EUR
- forfait cohabitant : 37,7863 EUR, arrondi à 37,79 EUR.

c) Revalorisation de 2 % de l'indemnité hebdomadaire de maternité et d'adoption (mesure conjoncturelle)

Le montant de base de l'indemnité hebdomadaire de maternité et d'adoption passe de 333,84 EUR à 340,52 EUR au 1er septembre 2015 (base 103,14).

Adapté à l'indice pivot 119,62, le forfait hebdomadaire de maternité et d'adoption est fixé à partir du 1er septembre 2015, à 449,32 EUR.

2. Date d'application

1er septembre 2015

@ Vous trouverez le tableau D : http://www.inami.fgov.be/sitecollectionDocuments/Indemnités_tableau_d.pdf.

i Circulaire O.A. n° 2015/268 - 45/254 et 482/126 du 2 septembre 2015.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
M. Luc Maroy
M. Paul-André Briffeuil
Mme Isabelle Daumerie
M. Jan Demey
Mme Nancy De Marneffe
Mme Marie Lejeune
Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
M. Youssef Elboutaibe
Mme Evy Kenzeler
Mme Caroline Schellis
M. Cédric Stassin
Mme Sylvie Willemsens

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Service des abonnements

4 numéros par an - 32 EUR
IBAN : BE 84 6790 2621 5359
Tél. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@inami.fgov.be

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726

Éditeur responsable : J. De Cock, Avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation et graphic design : Services d'appui administratif et Cellule communication de l'INAMI