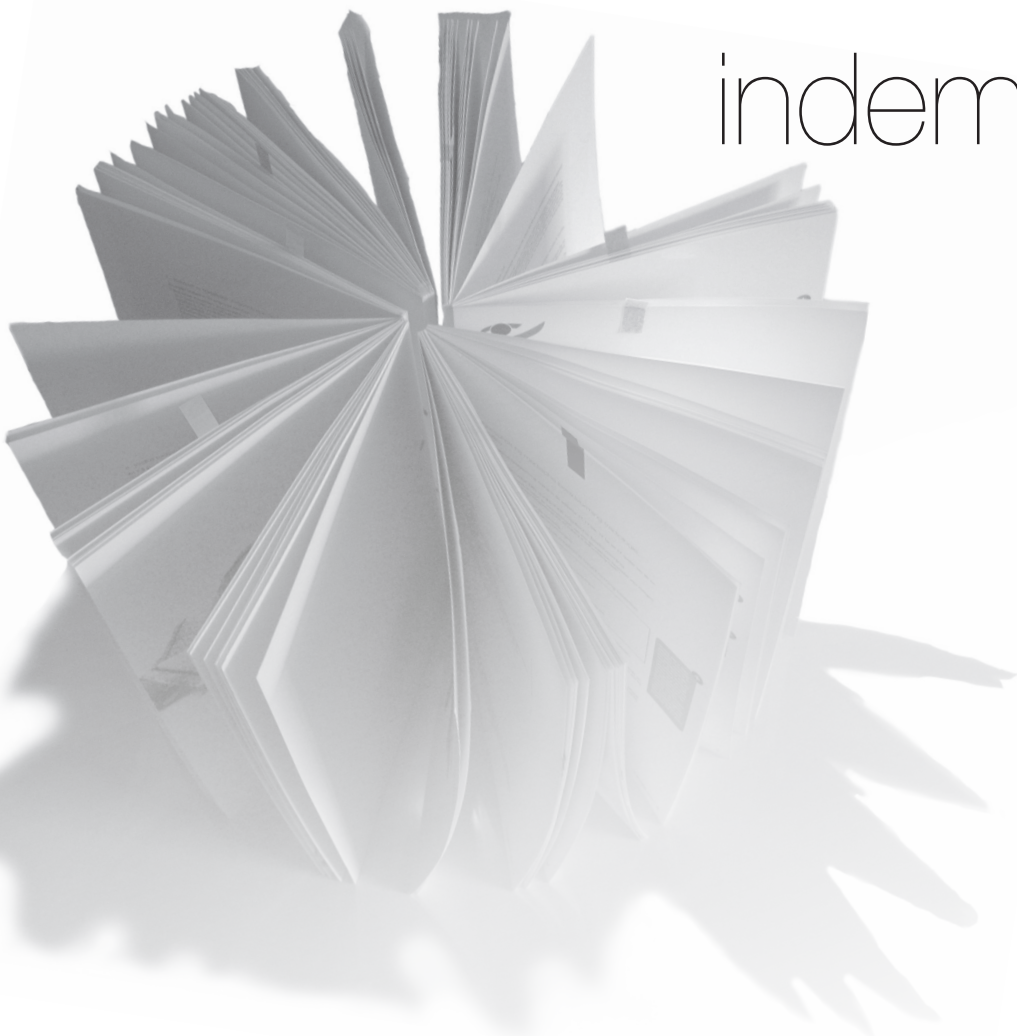


1^{re} Partie

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



2^e trimestre 2017

1. Arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
21.04.2017	30.03.2017	Arrêté royal modifiant l'article 228 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Il est inséré un nouveau paragraphe 1/1 dans l'article 228 qui définit ce qu'il faut entendre par rémunération au sens de l'article 103, § 1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée :

“Par rémunération au sens de l'article 103, § 1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée, on entend l'indemnité qui est payée directement ou indirectement au travailleur visé dans le contrat de travail par l'employeur visé dans le contrat de travail, à la suite d'une convention conclue dans un délai de douze mois après la fin de celui-ci sur la base de laquelle l'ancien travailleur s'engage à ne pas débaucher de personnel ou de cocontractants indépendants auprès de son ancien employeur, soit en son propre nom et pour son propre compte, soit au nom et pour le compte d'un ou plusieurs tiers, et/ou s'engage à ne pas exercer d'activités similaires à celles qu'il exerçait chez son ancien employeur, soit en exploitant lui-même une entreprise, soit en entrant en service auprès d'un employeur concurrent.”

28.04.2017 - Édition 2	27.04.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994
28.04.2017 - Édition 2	27.04.2017	Arrêté royal fixant la date d'entrée en vigueur des articles 154 à 156 et des articles 159 à 168 de la loi programme du 19 décembre 2014

Résumé des modifications

Ces arrêtés royaux ont pour objet de porter la durée du stage en assurance incapacité de travail de 6 mois à 12 mois pour les incapacités de travail qui débutent à partir du 1^{er} mai 2017.

16.06.2017	23.05.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 décembre 1963 fixant la composition des commissions chargées de négocier et de conclure les conventions nationales dans le cadre de l'assurance soins de santé et modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
------------	------------	---

Résumé des modifications

Cet arrêté royal :

- remplace l'article 2 qui détermine la composition de la commission chargée de négocier et de conclure la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs
- insère un article 10*bis* qui détermine la composition des représentants de l'ensemble des organismes assureurs
- supprime les mots "2, f" à l'article 10
- remplace les mots "huit membres effectifs et de huit membres suppléants" par les mots "neuf membres effectifs et de neuf membres suppléants" aux 1^o et 2^o de l'article 14 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

22.06.2017 - Édition 1	12.06.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994
------------------------	------------	---

Résumé des modifications

L'arrêté royal introduit aux articles 225 et 226*bis* des mesures de neutralisation afin de permettre le maintien de la qualité de titulaire avec charge de famille ou de titulaire sans charge de famille - isolé - malgré l'augmentation du montant de la pension minimum des travailleurs indépendants.

Le titulaire reconnu incapable de travailler qui, avant cette revalorisation de la pension minimale précitée le 1^{er} août 2016, avait déjà la qualité de titulaire avec personne à charge ou de titulaire assimilé à un isolé, maintient cette qualité malgré l'application de l'augmentation de la pension minimale de la personne qui peut faire principalement naître la charge de famille dans le chef du titulaire reconnu incapable de travailler et qui cohabite avec ce titulaire. Pour l'application ultérieure de cette mesure de neutralisation, il est en outre nécessaire que le titulaire se trouve toujours dans la même situation.

2. Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
25.04.2017 - Édition 1	27.03.2017	Arrêté royal modifiant les articles 9, c), 11, § 2, et 14, g), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

À l'article 9, c), les modifications suivantes sont apportées :

- la règle d'application suivante est insérée après la prestation 424056-424060 : "L'indication justifiant la réalisation de la prestation 424056-424060 ainsi que les résultats avec extrait des tracés sont gardés dans le dossier médical de la patiente et tenus à disposition du médecin-conseil et du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI."
- l'alinéa 2 des règles d'application qui suivent la prestation 424233-424244 est remplacé par "Les prestations 423010-423021, 423032-423043, 424071-424082, 424093-424104 et 424012-424023 ne sont pas cumulables avec la prestation 474250-474261."

À l'article 11, § 2, les numéros d'ordre "431211-431222" sont abrogés dans le libellé de la prestation 355014-355025.

À l'article 14, g), les prestations 431211-431222 et 432235-432246 sont abrogées.

25.04.2017	27.03.2017	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 ^{er} de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

Résumé des modifications

À l'article 24, § 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :

- adaptation temporaire des tarifs pour les prestations CMV et toxoplasma gondii, dans l'attente de l'adaptation de la nomenclature relative à la mesure task force CMV et toxoplasma gondii durant la grossesse, est annulée. Les valeurs des lettre-clés sont adaptées de 0,018575 à 0,031700
- dépistage systématique du cytomégalo virus durant la grossesse n'est plus remboursé. Des nouvelles prestations sont créées pour permettre le remboursement en cas de présomption clinique d'une infection CMV aiguë durant une grossesse
- il pourra être procédé à maximum deux dépistages du toxoplasma gondii durant la grossesse. Des nouvelles prestations sont créées pour le dépistage en cours de grossesse.

25.04.2017	27.03.2017	Arrêté royal modifiant l'article 20, § 1 ^{er} , c), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

Résumé des modifications

À l'article 20, § 1^{er}, c), les modifications suivantes sont apportées :

1° dans la rubrique I. Actes diagnostiques, sous l'intitulé Endoscopies du système digestif par voie orale, à la prestation 473056-473060, un alinéa est inséré entre les alinéas 2 et 3 rédigé comme suit : "La prestation est octroyée au maximum une fois tous les 3 ans sauf si la justification d'un délai plus court figure dans le rapport de l'examen.";

2° dans la rubrique II. Actes thérapeutiques, à la prestation 473211-473222, un alinéa est inséré avant l'alinéa 1^{er} rédigé comme suit : "L'acte n'est pas réalisé pour un polype diminutif ≤ 5 mm dans le rectosigmoïde." et à la prestation 473955-473966, un alinéa est inséré avant l'alinéa 1^{er} rédigé comme suit : "L'acte n'est pas réalisé pour un polype diminutif ≤ 5 mm dans le rectosigmoïde."

26.04.2017	27.03.2017	Arrêté royal modifiant l'article 21, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

Résumé des modifications

Le libellé et les règles d'application de la prestation 532770-532781 (Photothérapie dynamique) sont remplacés.

26.04.2017	27.03.2017	Arrêté royal modifiant l'article 18, § 2, A), b), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	--

Résumé des modifications

À l'article 18, § 2, A), b), une règle d'application est insérée avant la règle d'application qui suit la prestation 442013-442024 : "La restriction "valable pour trois mois" ne s'applique pas pour l'utilisation des émetteurs alpha. Dans ce cas, la prestation peut être attestée 6 fois par traitement au maximum."

26.04.2017	27.03.2017	Arrêté royal modifiant les articles 14, h), § 1 ^{er} , I, 4° et 16, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

Résumé des modifications

À l'article 14, h), § 1^{er}, I, 4°, la règle d'application qui suit la prestation 246610-246621 est remplacée par "Les prestations 246610-246621, 246595-246606 et 246912-246923 ne peuvent pas être attestées pour la chirurgie réfractive."

L'article 16 est complété par un paragraphe 6 : "En dérogation du § 5, l'aide opératoire ne peut pas être attestée pour les prestations 246595-246606, 246610-246621, 246632-246643 et 246912-246923 excepté si celle-ci est effectuée par un médecin spécialiste en formation en ophtalmologie."

19.05.2017 - Édition 2	07.05.2017	Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------------------	------------	--

Résumé des modifications

Cet arrêté royal apporte des éclaircissements et des précisions à l'article 8 de la nomenclature infirmière à partir du 1^{er} juillet 2017.

29.06.2017	18.06.2017	Arrêté royal modifiant l'article 33 <i>bis</i> , § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

Résumé des modifications

À l'article 33*bis*, § 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :

1° au A,

- a) la prestation suivante est insérée après la prestation 588556-588560 :
"589831-589842 Dépistage de la mutation EGFR B 8000 (Règle diagnostique 1,13, 128)";
- b) à la prestation désignée par les numéros d'ordre "588556-588560" :
 - 1) dans le libellé, les mots "dans le cadre du choix thérapeutique pour le carcinome mammaire" sont abrogés;
 - 2) la valeur relative est remplacée par "B 5000";
 - 3) la disposition "Règle diagnostique 1, 13" est complétée par les mots ", 127";
- c) la valeur relative de la prestation 587016-587020 est remplacée par "B 1800";
- d) la valeur relative de la prestation 587031-587042 est remplacée par "B 1800";

2° dans la rubrique "Règles diagnostiques",

- a) les règles diagnostiques suivantes sont ajoutées :

"127. La prestation 588556-588560 ne peut être portée en compte que dans le cadre du choix thérapeutique pour le carcinome mammaire ou pour le carcinome gastrique.

128. La prestation 589831-589842 ne peut être portée en compte que dans le cadre du choix thérapeutique pour le carcinome pulmonaire non à petites cellules et non squameux."

- b) dans les règles 1 et 13, les mots "et 589691-589702" sont chaque fois remplacés par les mots "589691-589702 et 589831-589842".

29.06.2017	18.06.2017	Arrêté royal modifiant les articles 3, § 1 ^{er} , C, I, 24, § 1 ^{er} , 24 bis, § 1 ^{er} et 26, § 8, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

Résumé des modifications

À l'article 3, § 1^{er}, C, I, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans la rubrique 5/MICROBIOLOGIE,

- a) sous l'intitulé 2/Urine, la prestation 126556-126560 est abrogée ;
- b) sous l'intitulé 9/Divers, la prestation 126851-126862 est abrogée.

À l'article 24, § 1^{er}, 7, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans la rubrique 5/MICROBIOLOGIE,

- a) les prestations 549570-549581, 550211-550222, 550933-550944, 550690-550701, 550712-550723 sont abrogées;
- b) la prestation suivante est insérée avant la prestation 550454-550465 :

“549592-549603 Recherche microscopique de bacilles acido-alcool résistants dans un échantillon clinique B 250 (Maximum 1)”;

c) à la prestation 550476-550480,

- 1) la valeur relative “B 400” est remplacée par “B 600”;
- 2) les mots “(Règle de cumul 342)” sont ajoutés après les mots “(Maximum 1)”;

d) à la prestation 550491-550502,

- 1) la valeur relative “B 600” est remplacée par “B 1200”;
- 2) les mots “(Règle diagnostique 123)” sont ajoutés après les mots “(Maximum 1)”;

e) les prestations suivantes sont insérées après la prestation 550491-550502 :

“549614-549625 Détermination de la sensibilité de Mycobacterium tuberculosis complexe aux 3 antibiotiques de première ligne : Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol B 1000 (Maximum 1)

549636-549640 Détermination de la sensibilité de Mycobacterium tuberculosis complexe à la Pyrazinamide B 400

(Maximum 1)” ;

2° dans la rubrique “Règles de cumul”, la règle suivante est ajoutée :

“342.

La prestation 550476-550480 ne peut pas être cumulée avec la prestation 556872-556883.”;

3° dans la rubrique “Règles diagnostiques”,

- a) les règles 67 et 73 sont abrogées;
- b) la règle suivante est ajoutée :

“123.

La prestation 550491-550502 peut être portée en compte à l'AMI seulement sur base d'une demande motivée en cas de culture positive pour le bacille acido-alcool résistants et en cas d'identification négative pour le mycobacterium tuberculosis complexe.”

L'article 24*bis*, § 1^{er}, de la même annexe, est complété comme suit :

“556872-556883 Recherche d'acide nucléique de mycobacterium tuberculosis complexe dans des échantillons cliniques B 2000 (Maximum 1) (Règle de cumul 342)

La prestation 556872-556883 peut être portée en compte à l'AMI pour un patient ne recevant pas de traitement antituberculeux depuis plus de 7 jours précédents le prélèvement, si :

- 1) l'examen direct montre la présence de bacilles acido-alcool résistants;
- 2) ou s'il existe une forte suspicion clinique et radiologique de tuberculose;
- 3) ou si l'échantillon respiratoire a été prélevé par une technique invasive (bronchoscopie, ponction, biopsie).

La prestation 556872-556883 peut être portée en compte au maximum 3 fois par an.”

À l'article 26, § 8, de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 août 2010, les numéros d'ordre “549570-549581” sont abrogés de la liste des prestations.

30.06.2017	18.06.2017	Arrêté royal modifiant les articles 14, l) et 15, § 7, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

Résumé des modifications

À l'article 14, l), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, des modifications sont apportées à la prestation 317295-317306.

Le libellé et les règles d'application de la prestation 312491-312502 sont insérés.

À l'article 15, le paragraphe 7 est remplacé par ce qui suit : “Toutes les demandes relatives à la prestation 317295-317306 doivent être adressées au Conseil technique dentaire, par la voie de l'organisme assureur, au moyen du formulaire complété et signé par le praticien et dont le modèle figure à l'annexe 59 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Elles peuvent être portées en compte à l'AMI si elles ont été autorisées par le Conseil à concurrence du montant fixé par lui et dans les limites des montants fixés pour ces appareils.”

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

Moniteur belge	Date	Titre
20.04.2017 - Édition 2	09.04.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16 <i>bis</i> , alinéa 1 ^{er} , 3 ^o et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 en ce qui concerne les analgésiques

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées :

- à l'article 2, les mots "visé aux articles 32 et 33" sont remplacés par les mots "visé à l'article 32"
- à l'article 4, 2^e alinéa, les mots "ou de l'arrêté ministériel du 5 mai 2006" sont remplacés par les mots "de l'arrêté ministériel du 5 mai 2006" et les mots "de l'arrêté royal du 10 avril 2014 fixant les conditions de recevabilité, les délais et les modalités pratiques des demandes de fixation de prix, des demandes de hausse de prix, des notifications de prix et des communications (de prix) des médicaments, des objets, appareils et substances assimilés à des médicaments, et des matières premières, tels que visés dans le livre V du Code de droit économique" sont insérés entre les mots "ou sur la base de la littérature scientifique publiée" et les mots "est fixé par ou notifié au Ministre"
- à l'article 7, 1^{er} alinéa, les mots "de leur carte SIS ou d'une attestation équivalente" sont abrogés
- l'annexe 1^{re} est remplacée.

26.04.2017	09.04.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix
------------	------------	---

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées :

- au chapitre I, A, dans le libellé de la prestation 771131, les mots "mais qui est détenteur d'un passeport du diabète," sont supprimés et les dispositions du point 2 et 4 sont remplacées
- au chapitre I, B, dans le libellé de la prestation 771153, les mots "mais qui est détenteur d'un passeport du diabète," sont supprimés et les dispositions du point 1, 2 et 4 sont remplacées
- les dispositions du chapitre I, C sont supprimées.

4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
27.04.2017 - Édition 1	27.03.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 juillet 2014 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global

Résumé des modifications

L'arrêté royal règle les honoraires des médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global pour les patients âgés de 45 à 74 ans et qui ont le statut "affection chronique" et ce au 1^{er} janvier 2016.

03.05.2017 - Édition 2	19.04.2017	Arrêté royal fixant le montant à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité destiné au financement du Fonds des accidents médicaux en 2013, 2014 et 2015
------------------------	------------	---

Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité destiné au financement du Fonds des accidents médicaux est fixé à 1.631.914 EUR en 2013, 3.255.770 EUR en 2014 et 5.843.506 EUR en 2015.

08.05.2017	18.04.2017	Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire
------------	------------	--

Résumé des modifications

L'arrêté royal instaure de nouvelles conditions de remboursement à partir du 1^{er} novembre 2017.

10.05.2017	23.04.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 2007 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés
------------	------------	--

Résumé des modifications

Un article *6bis* est inséré, rédigé comme suit :

"§ 1^{er}. Pour les patients bénéficiant d'une autorisation du médecin-conseil pour la nutrition parentérale, une intervention de 30 EUR pour l'administration d'électrolytes est octroyée pour les jours durant lesquels ils ne reçoivent pas d'alimentation parentérale.

§ 2. Le montant de l'intervention de l'assurance est réclamé mensuellement par l'établissement hospitalier à l'organisme assureur du bénéficiaire via le pseudo-code 751951 qui sera transmis par voie digitale ou par la facture papier."

L'annexe I est remplacée.

19.06.2017	23.05.2017	Arrêté royal modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales
------------	------------	---

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications dans la partie I, a) de l'annexe de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 :

- insère et supprime des dispositions au chapitre 1, § 1
- insère et supprime des dispositions au chapitre 1, § 3
- supprime des dispositions au chapitre 1, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12 et § 13
- supprime des dispositions au chapitre 2, section 2, 1^o, b).

19.06.2017	23.05.2017	Arrêté royal modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales
------------	------------	---

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications dans la partie I, a) de l'annexe de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 :

- insère et supprime des dispositions au chapitre 1, § 1
- supprime des dispositions au chapitre 2, section 2, 1^o, b).

12.06.2017	23.05.2017	Arrêté royal modifiant l'annexe II de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés
------------	------------	---

Résumé des modifications

L'arrêté royal inscrit les bandes de crêpes au chapitre VI de l'annexe II à l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés.

13.06.2017	25.05.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 mars 2010 visant l'instauration d'honoraires pour la délivrance d'une spécialité remboursable dans une officine ouverte au public
------------	------------	---

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace l'article 1^{er}, 3^o par ce qui suit :

“3^o entretien d'accompagnement de bon usage de médicaments” : dispensation structurée et documentée d'informations et analyse des attentes et expériences du patient

- i. dans le cadre de l'initiation d'une thérapie médicamenteuse pour le traitement d'une maladie chronique ou lors d'une modification de classe pharmacologique dans le cadre d'une affection chronique existante ou
- ii. lorsque le patient a besoin d'un accompagnement complémentaire personnalisé au cours du traitement de sa maladie chronique ou
- iii. lors d'une dispensation d'un médicament en aigu qui nécessite un accompagnement particulier."

L'article 4, 1°, est remplacé par ce qui suit :

"1° les entretiens d'accompagnement de bon usage de médicaments "corticostéroïdes inhalés" dans le traitement de l'asthme qui consistent en un entretien d'information et un entretien de suivi;"

22.06.2017 - Édition 1	14.06.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 29 avril 2008 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital
------------------------	------------	---

Résumé des modifications

Depuis le 1^{er} avril 2017, la liste des spécialités entrant en ligne de compte pour les honoraires de disponibilité est étendue aux pharmaciens et licenciés en sciences agréés par le ministre de la santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique.

5. Arrêtés ministériels		
Moniteur belge	Date	Titre
20.04.2017 - Édition 2	14.04.2017	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
19.05.2017 - Édition 2	15.05.2017	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
20.06.2017 - Édition 2	16.06.2017	5 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
30.06.2017	28.06.2017	1 arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
19.05.2017 - Édition 2	15.05.2017	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications au chapitre I de l'annexe I : il insère les §§ 20004, 20005, 20006 et 20007.

Moniteur belge	Date	Titre
24.05.2017	19.04.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste et les listes nominatives, jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I : il ajoute l'intitulé "L.11 Implant d'ancrage pour prothèse externe" et les conditions de remboursement L-§ 29 qui correspondent à cette prestation.

Moniteur belge	Date	Titre
24.05.2017	19.04.2017 15.05.2017	2 arrêtés ministériels modifiant le chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasif

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à la liste jointe comme annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
24.05.2017	16.05.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "H. Gynécologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à la liste jointe comme annexe I.

6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
24.05.2017	27.02.2017	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement modifie le formulaire C-Form-I-07.

Moniteur belge	Date	Titre
24.05.2017	20.03.2017	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement modifie le formulaire C-Form-02, ajoute le formulaire C-Form-I-10 et remplace le formulaire C-Form-I-02.

Moniteur belge	Date	Titre
24.05.2017	20.03.2017	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Résumé des modifications

Le règlement ajoute une nouvelle annexe, l'annexe XII et le formulaire H-Form-I-01.

Moniteur belge	Date	Titre
30.06.2017	19.12.2016	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'article 23, § 5, est complété par : "La prestation 312491-312502 reprise dans l'article 14, l de la nomenclature implique la rédaction du prestataire de soins d'un document comme prévu dans l'annexe 59bis. Celle-ci doit être soussigné par le prestataire de soins et le patient et conservé dans le dossier du patient." Une annexe 59bis est insérée (Formulaire concernant le placement d'une plaque de surocclusion 312491-312502).

Moniteur belge	Date	Titre
30.06.2017	15.05.2017	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'annexe 59 est remplacée.

7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

12.04.2017

Règle interprétative 12 relative aux prestations de l'article 14, g) (Gynécologie) précise que le traitement au laser (vaporisation) de lésions dysplasiques de bas grade, de condylomes ou d'ectropion, au niveau du col utérin peut être attesté par le code 353231-353242 K26, 47 Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure et ce à partir du 1^{er} janvier 2012.

Moniteur belge

12.04.2017

Règle interprétative 19 relatives aux prestations de l'article 2

Une consultation de neuropédiatrie pour un bénéficiaire de 15 ans ou plus est tarifée de la même façon par tous les médecins porteurs du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique quelle que soit sa formation de base. Le médecin porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique utilise la prestation 102174 ou 102675.

Moniteur belge

24.05.2017

Règle interprétative 3 relative aux prestations de l'article 21 définit les champs d'illumination pour la prestation 532770-532781 Photothérapie dynamique.

Moniteur belge

01.06.2017

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques à base de imatinib précise dans quel paragraphe et sous quelles conditions, les patients qui ont une autorisation de remboursement de Glivec conformément au § 2370000 peuvent, à partir du 1^{er} décembre 2016, obtenir une autorisation pour la poursuite du remboursement.

Moniteur belge

20.06.2017

Règle interprétative pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques à base de bendamustine précise dans quelle mesure une spécialité pharmaceutique à base de bendamustine peut être remboursée pour le traitement d'un lymphome non-hodgkinien, si ce traitement n'est pas administré en monothérapie.

Moniteur belge

28.06.2017

Règle interprétative 12 relative aux prestations de l'article 14, h) (Ophtalmologie) de la nomenclature des prestations de santé précise que la prestation 245136-245140 ne peut pas être portée en compte pour la pose de bouchons ou de clous méatiques. Cette prestation est réservée au placement de sondes canaliculaires à travers le sac lacrymal jusqu'au nez.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} janvier 2011.

8. Accords

Moniteur belge

Date

Titre

12.04.2017

27.03.2017

Accord national médico-mutualiste 2017

Le 27 mars 2017, la Commission nationale médico-mutualiste a conclu un nouvel accord pour la période du 27 mars 2017 au 31 décembre 2017.

Cet accord confirme que :

- les dispositions de l'accord signé le 22 décembre 2015 ne sont pas modifiées et restent applicables jusqu'au 31 décembre 2017
- le statut social est acquis pour 2017 pour les médecins qui avaient adhéré à l'accord signé le 22 décembre 2015 et qui adhèrent au nouvel accord signé le 27 mars 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
03.05.2017 - Édition 1	12.04.2017	Accord national dento-mutualiste

Le 12 avril 2017, la Commission nationale dento-mutualiste a conclu un nouvel accord valable pour les années 2017 et 2018.

Remboursement

- Les parts personnelles du patient restent inchangés en 2017
- En 2018, les parts personnelles resteront également inchangés pour les enfants, les prestations de prévention et les patients qui bénéficient de l'intervention majorée
- Les soins dentaires pour les patients cancéreux, qui sont déjà parfois confrontés à des traitements très onéreux, seront mieux remboursés.

Tarifs

- Les honoraires sont adaptés à l'augmentation du coût du matériel et des instruments
- Des tarifs maximums sont prévus pour certaines interventions techniques, par exemple pour l'utilisation du matériel bioactif
- Pour le 1^{er} décembre 2017, la CNDM devra trouver un accord sur l'indexation des honoraires à partir du 1^{er} janvier 2018.

Objectifs de santé et accessibilité

La CNDM a notamment fixé les objectifs suivants :

- augmenter le nombre de bénéficiaires ayant recours à des soins dentaires au cours d'une année calendrier
- améliorer la santé buccale chez les jeunes, les jeunes adultes et les bénéficiaires préférentiels
- diminuer le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans totalement édentées
- compter un nombre substantiel de patients soignés aux tarifs conventionnés et augmenter le nombre de soins aux tarifs conventionnés
- augmentation du partage de données électroniques avec les dispensateurs de soins et la facturation électronique
- harmoniser l'offre locale de soins (dentistes et assistants dans les cabinets dentaires) par rapport au besoin de soins.

Trajet de soins buccaux

Le trajet de soins buccaux est entré en vigueur en 2016. Il prévoit un remboursement plus favorable pour les patients qui vont régulièrement chez un dentiste. Grâce notamment aux campagnes de sensibilisation des mutualités menées fin 2015, l'annonce du trajet de soins buccaux a incité davantage de patients à se rendre chez le dentiste. De 2014 à 2015, on comptabilise une augmentation de 10 % de patients différents qui ont consulté un dentiste. La CNDM évaluera le trajet de soins buccaux au cours de l'année 2018 et l'adaptera si nécessaire. Se rendre régulièrement chez son dentiste reste un point d'attention important, mis en évidence notamment par la promotion du trajet de soins buccaux.

Avantages sociaux

La Commission formule l'avis que ces avantages doivent être indexés annuellement conformément à l'évolution de l'indice santé constatée le 30 juin de l'année précédente.

Mesures anti-fraude

La CNDM maintient son engagement sur les mesures anti-fraude visant à éviter toutes dépenses non conformes. Elle participe dès lors notamment au "Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017" :

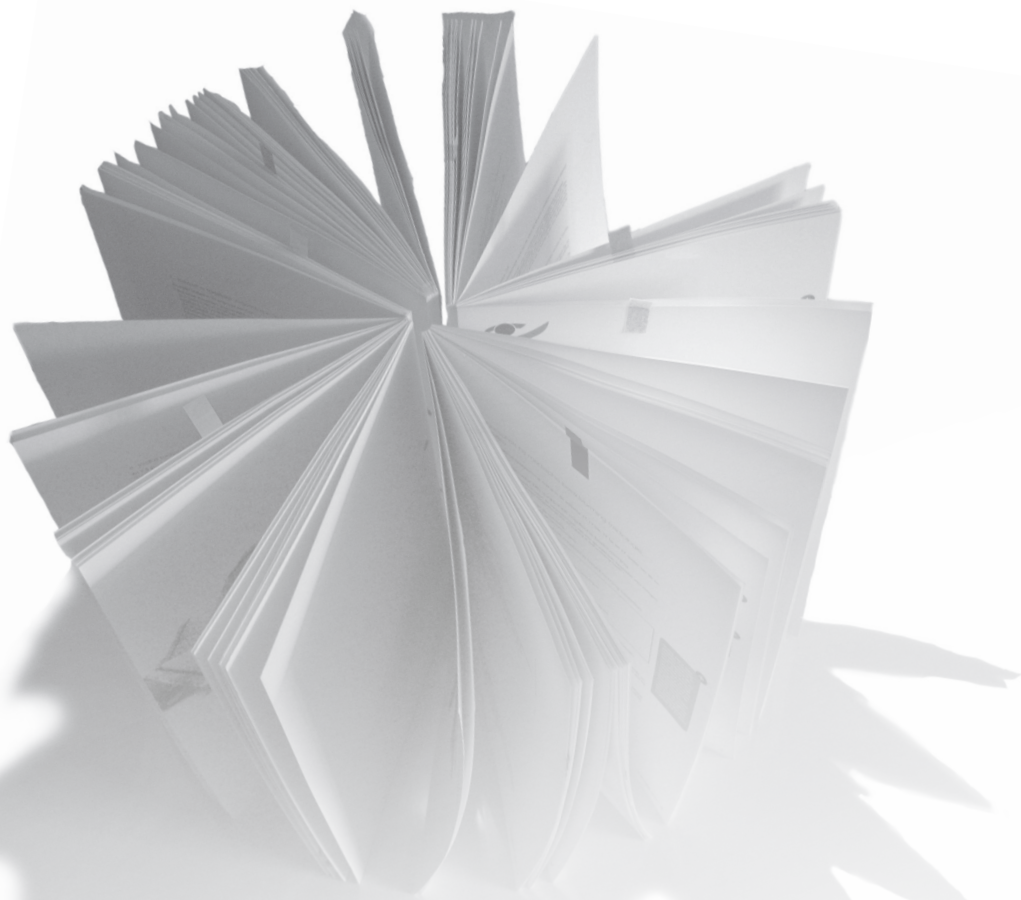
- la CNDM va formuler, pendant la durée de cet accord, une proposition de date concernant l'obligation de vérification de l'identité via la lecture électronique pour la facturation électronique
- la CNDM va également collaborer pleinement à la méthodologie des profils patients, cela en vue de l'élaboration d'une méthodologie et la fixation de seuils
- applications correctes et conséquentes de la réglementation relative à la mention des numéros de dent sur l'attestation des soins donnés.

La CNDM va dans le cadre de cet Accord national prendre des initiatives supplémentaires afin de renforcer les soins efficaces et lutter contre la fraude :

- reprend le point de vue sur la non-perception systématique du ticket modérateur (voir Accord national précédent). La CNDM fixe comme mesure que chaque praticien de l'art dentaire, dans au moins 70 % de toutes les prestations dentaires attestées, doit porter en compte le ticket modérateur total
- prend l'initiative de l'exécution concernant la réduction des paiements en cash et des estimations d'honoraires obligatoires
- est d'avis qu'un taux de répétition d'attestation sur une même dent sur une année calendrier de plus de 12 % est un indicateur d'une fraude possible
- a appris que certains package de software indiquent automatiquement les prestations potentiellement attestables (pour une année calendrier). La CNDM veut contrer de telles fonctionnalités et va à cette fin prendre des mesures appropriées dans le courant de cet accord.

2^e Partie

Jurisprudence



I. Cour du travail de Bruxelles (8^e ch.), 18 janvier 2017

Loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, article 34, 12°
Arrêté ministériel du 6 novembre 2003, article 16, § 3
Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, articles 21 *quater* et 21 *sexies*

Les prestations effectuées par une personne qui ne dispose pas du visa octroyé par le SPF Santé publique ne peuvent être prises en compte pour la vérification de l'occupation de deux équivalents temps plein praticien de l'art infirmier.

Du fait que cet argument n'ait pas été invoqué immédiatement, il ne peut pas être conclu qu'il y a été renoncé, la matière étant d'ordre public.

R.G. 2014/AB/179
INAMI/R.F. sa

...

I. Faits et antécédents

1. La résidence F. est une maison de repos pour personnes âgées (MRPA). Elle est agréée pour 42 lits. Elle a ouvert le 3 novembre 2008 et son agrément provisoire lui a été confirmé, le 18 novembre 2008.

Elle bénéficie du financement de l'INAMI. Entre le 3 novembre 2009 et le 8 février 2012, l'INAMI a adressé divers courriers fixant le montant de ce financement (voir Partie II du dossier de pièces de la résidence).

2. Le 14 octobre 2011, l'INAMI a adressé à la R.F., le courrier suivant :

"Dans le cadre de la régularisation du montant forfaitaire octroyé à votre établissement pour les trois premiers trimestres de votre activité, nous avons procédé à une vérification approfondie des données communiquées via notre application internet. Sur base des constats, nous avons décidé d'examiner l'ensemble des trimestres confirmés. Et lors de ces contrôles, nous avons constaté que, pour certaines personnes, les jours et/ou les heures mentionnées dans notre application ne correspondent pas aux données de la déclaration ONSS. Vous trouverez, ci-dessous, les discordances constatées : (...)

Il est également apparu que certains prestataires de soins ne disposent pas de la qualification renseignée ou ne sont pas enregistrés comme le prévoit notre législation.

Or, pour pouvoir être pris en considération dans les normes de personnel, ils doivent obligatoirement disposer d'un numéro d'enregistrement attribué par l'INAMI et/ou par le SPF Santé publique. (...)

Nous vous informons que de nouveaux décomptes finaux seront recalculés en fonction de ces nouveaux éléments et ce aussi bien pour les mesures en matière de dispense de prestations de travail et de fin de carrière que pour l'harmonisation des barèmes. Les montants des différentes interventions forfaitaires feront également l'objet de révisions." (voir pièce 1)

Le 8 décembre 2011, la R.F. a transmis ses observations à l'INAMI.

3. Par courrier recommandé du 28 juin 2012, l'INAMI a communiqué à la R.F. sa décision finale précisant notamment :

*“Pour les discordances constatées entre les données introduites dans l'application internet et celles déclarées à l'ONSS, nous prenons acte des modifications que vous avez acceptées. Pour les autres, à l'exception de votre remarque concernant les prestations de C.M., nous maintenons nos changements.
(...)”*

Un récapitulatif de toutes les modifications se trouve en annexe de la présente.

En application de l'article 174 de la loi coordonnée du 14 juillet 2004 et en fonction de tous les éléments repris dans cette lettre, tous les décomptes finaux seront recalculés et ce aussi bien pour le financement de l'harmonisation des barèmes que pour celui des mesures de fin de carrière. Ces documents vous parviendront par courrier séparé.

Il sera également procédé au recalcul du montant de l'intervention forfaitaire, et ce depuis le 1^{er} juillet 2010. Tous ces nouveaux prix sont joints à ce courrier.” (voir pièce 3)

Par divers courriers datés du 28 juin 2012 (voir Partie III du dossier de pièces de la résidence), l'INAMI a transmis à la R.F. les modifications apportées dans les montants de l'allocation forfaitaire octroyée ainsi que de l'allocation partielle pour la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2012.

4. Par requête du 13 juillet 2012, la R.F. a demandé au Tribunal du travail de Bruxelles, l'annulation des décisions du 28 juin 2012 par lesquelles l'INAMI a réduit ses allocations journalières forfaitaires pour la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2012.

Elle demandait donc le rétablissement des décisions antérieures qui avaient fixé le financement à un montant total de 603.371,60 EUR.

Le Tribunal du travail de Bruxelles a, dans son jugement du 10 janvier 2014, ordonné la réouverture des débats.

Le tribunal a considéré, notamment, ce qui suit :

“1) La prise en compte du nombre de lits agréés plutôt qu'effectifs est tout simplement contraire au sens commun lorsque - comme en l'espèce - celui-ci est inférieur à celui-là (et pouvant même entraîner un effet pervers que certaines institutions finissent par faire agréer moins de lits qu'elles n'en ont en réalité) et ne peut être ici pris en compte;

2) Le refus de prise en compte du personnel fonctionnant en convention d'insertion professionnelle paraît, quant à lui, justifié par la nécessité évidente d'une réelle formation qualifiée et certifiée par un diplôme acquis et reconnu;

3) L'invocation du délai d'un an, allégué par l'Institut, revient à ignorer l'adage patere legem quam ipse fecisti, puisque, reniant ses cinq propres courriers (...), il modifie unilatéralement a posteriori les conditions financières qu'il y avait lui-même fixé; ”.

5. L'INAMI a fait appel du jugement par une requête reçue au greffe le 24 février 2014.

II. Objet de l'appel et des demandes

6. L'INAMI demande à la cour du travail de déclarer la demande originaire non fondée et de rétablir ses décisions du 28 juin 2012.

7. La R.F. demande à la cour du travail,

- à titre principal :

de dire que l'article 16, § 3, de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 suppose à la fois que la maison de repos n'héberge pas un certain nombre de cas lourds et qu'elle ne dispose pas en moyenne, au cours de la période de référence, d'au moins cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier,

de constater qu'elle occupait, pendant les périodes de référence, les 2 équivalents temps plein de personnel infirmier nécessaires,

de constater aussi en ce qui concerne le forfait de l'année 2010, que les décisions de l'INAMI ne sont pas adéquatement motivées au fond et en la forme et ont été adoptées en violation du principe général du délai raisonnable,

- à titre subsidiaire :

de dire pour droit que l'article 16, § 3, de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003, en ce qu'il applique indistinctement une même réduction d'allocations aux institutions répondant à ses conditions d'application, sans tenir compte de la plus ou moins grande importance du déficit de personnel constaté, est disproportionné et doit, par conséquent être écarté sur la base de l'article 159 de la Constitution, de telle sorte que les décisions du 28 juin 2012 sont privées de base légale,

- en conséquence :

d'annuler les décisions de l'INAMI datées du 28 juin 2012 et de condamner l'INAMI à maintenir les allocations initialement octroyées.

III. Discussion

A. Le cadre juridique et l'objet de la discussion

8. L'article 34 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sur l'assurance soins de santé et indemnités définit les prestations de santé.

Parmi ces prestations figurent celles qui sont fournies par les maisons de repos et de soins agréées (art. 34, 11^o) ainsi que celles qui sont fournies par les maisons de repos pour personnes âgées (art. 34, 12^o).

Sur base de l'article 35, alinéa 4, de la loi coordonnée, l'article 147, § 3, de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996 précise que l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations fournies par les maisons de repos pour personnes âgées consiste en une allocation journalière, appelée allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

Sur la même base, les articles 148 et 150 de l'arrêté royal d'exécution fixent, respectivement pour les maisons de repos et de soins et pour les maisons de repos pour personnes âgées, des catégories de bénéficiaires suivant leur degré de dépendance.

Selon l'article 37, § 12, de la loi coordonnée, le Ministre fixe, sur proposition du Comité de l'assurance, l'intervention pour les prestations visées à l'article 34, 11^o, 12^o et 13^o de la loi coordonnée.

L'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 12^o, a, à partir du 1^{er} janvier 2004, été fixée par l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées.

9. L'allocation comprend plusieurs parties, dont une partie A1 qui correspond au "financement du personnel normé selon les dispositions du chapitre II".

Selon l'article 17 de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003, dans la version applicable en l'espèce,

"Le montant de base du financement du personnel normé est égal à : la somme du nombre d'équivalents temps plein dans une qualification précise x le coût salarial de cette qualification où :

- *le nombre d'équivalents temps plein est fixé en application des articles 8, 9, 11, 14, 15 et 16*
- *le coût salarial est fixé en application des articles 13 et 16, § 2.*

Le cas échéant, ce montant est réduit selon les dispositions de l'article 12, sauf en cas d'application des dispositions de l'article 16, § 2 ou § 3.

Le montant du financement du personnel normé par jour et par bénéficiaire s'élève à : Montant de base du financement du personnel normé/nombre de jours d'hébergement pour les patients durant la période de référence (....)"

10. En pratique, pour avoir droit à la partie A1, la maison de repos doit ainsi établir qu'elle occupait pendant la période de référence, un nombre d'équivalents temps plein correspondant à ce que prévoit le chapitre II de l'arrêté ministériel.

La période de référence court du 1^{er} juillet de l'année J au 30 juin de l'année J + 1, tandis que l'année de facturation (c.-à-d. la période d'octroi de l'allocation), court du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année J + 2.

En l'espèce, le litige concerne les années de facturation 2010, 2011 et 2012. Les périodes de référence courent donc respectivement :

- du 1^{er} juillet 2008 au 30 juin 2009 (pour l'année de facturation 2010)
- du 1^{er} juillet 2009 au 30 juin 2010 (pour l'année de facturation 2011)
- du 1^{er} juillet 2010 au 30 juin 2011 (pour l'année de facturation 2012).

Il ressort des conclusions d'appel que la norme dont l'application est au cœur du litige, est l'article 16, § 3, de l'arrêté ministériel qui dans la version applicable en l'espèce, précisait :

- “§ 3. Dans les institutions qui, au cours de la période de référence, n'hébergent pas en moyenne au moins 10 patients classés dans la catégorie B et/ou C, ou qui n'hébergent pas en moyenne au moins 40 % de patients classés dans la catégorie B et/ou C par rapport au nombre moyen de lits agréés, et qui ne disposent pas en moyenne, au cours de la période de référence, d'au moins cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier, le financement, visé à l'article 17, du personnel normé est fixé en tenant compte de la moitié du financement de la norme visée à l'article 2 pour les catégories B et C.”.

Il résulte de ce texte que si la maison de repos n'héberge pas au moins 10 pensionnaires de catégories B, C, Cc, Cd ou D et/ou que ces 10 pensionnaires ne représentent pas 40 % du nombre de lits, pour lequel elle est agréée, le financement est celui qui correspond :

- à l'article 17 si elle dispose en moyenne, au cours de la période de référence, d'au moins cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier
- à l'article 17 mais avec un financement *réduit de moitié pour les catégories B et C*, si elle ne dispose pas en moyenne, au cours de la période de référence, d'au moins cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier.

11. En l'espèce, il n'est pas contesté que la R.F. qui n'héberge que peu de cas lourds, n'héberge pas au moins 10 pensionnaires de catégories B, C, Cc, Cd ou D qui représenteraient au moins 40 % du nombre de lits pour lequel elle est agréée.

Les parties sont d'accord pour dire que le litige se limite donc à la question de savoir si la R.F. occupait pendant les périodes de référence, au moins cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier.

S'il est répondu positivement à cette question, il y a lieu de confirmer le financement qui a été accordé; s'il y est répondu négativement, il faut faire application de l'article 16, § 3 : le financement dû est alors celui de l'article 17, mais avec réduction de moitié pour les catégories B et C.

L'impact de cette réduction est très significatif (la cour se réfère aux tableaux repris en pp. 16 et 17 des dernières conclusions de la résidence); pour la période de facturation du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2012, au lieu d'un financement de 603.371,6 EUR, elle n'aurait droit qu'à 366.855,9 EUR.

Dans la mesure où l'occupation de “cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation”, semble admise, la discussion ne porte en réalité que sur la question de savoir si pendant les périodes de référence, la R.F. occupait *au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier*.

B. Occupation de deux praticiens de l'art infirmier

12. Actuellement, l'INAMI concentre son argumentation sur le fait que plusieurs infirmiers occupés pendant les périodes de référence, ne disposaient pas du visa du SPF Santé publique, de sorte que leur occupation ne pouvait pas être prise en compte pour voir si le seuil de deux équivalents temps plein était atteint.

Il s'agit des infirmiers suivants :

- T.K.O. qui a obtenu son visa le 22 avril 2014
- J.N. qui a obtenu son visa le 15 juillet 2011
- M.A.D.G. qui a obtenu son visa le 10 décembre 2010
- O.D. qui a obtenu son visa le 5 septembre 2010
- M.E.N. qui n'a pas obtenu de visa
- R.N. qui n'a pas obtenu de visa.

La R.F. soutient que l'absence de visa est sans incidence, s'agissant d'une condition qui ne concerne pas l'employeur, mais aussi que l'argument est invoqué tardivement par l'INAMI.

13. En vertu de l'article 21^{quater} de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé :

"Nul ne peut exercer l'art infirmier (...) s'il n'est porteur du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée, du brevet ou du titre d'infirmier ou d'infirmière, du brevet ou du titre d'hospitalier ou d'hospitalière et s'il ne réunit pas, en outre, les conditions fixées par l'article 21^{sexies}".

En vertu de l'article 21^{sexies}, § 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 :

"Les praticiens visés à l'article 21^{quater} ne peuvent exercer l'art infirmier que s'ils ont préalablement fait viser leurs titres par la Commission médicale prévue à l'article 36 et compétente en raison du lieu où ils comptent s'établir.

Lors de la formalité du visa, la commission procède à l'enregistrement de l'intéressé conformément aux modalités fixées par le Roi, après avis du Conseil national de l'art infirmier.

Le visa est octroyé contre paiement d'une redevance. Le Roi fixe les montants et les modalités de paiement de cette redevance".

Ces textes sont clairs : le visa est une formalité sans laquelle une personne ne peut pas exercer l'art infirmier en Belgique.

C'est dès lors à juste titre que l'INAMI considère que les prestations effectuées par une personne qui ne dispose pas du visa prévu par l'article 21^{sexies}, de l'arrêté royal n° 78, ne peuvent être prises en compte pour la vérification de l'occupation de deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier : ces personnes qui ne peuvent exercer l'art infirmier, peuvent compter comme autre personnel de soin ou de réactivation mais pas comme personnel infirmier.

Il est indifférent que l'absence de visa ne donne pas lieu à sanction à charge de l'employeur : il appartient à celui-ci, s'il souhaite que les prestations puissent être comptabilisées au titre du personnel infirmier, de s'assurer que le personnel qu'il engage, se trouve dans les conditions légales d'exercice de cette profession; or, tel n'est pas le cas d'un infirmier qui ne satisfait pas à l'article 21^{sexies}.

C'est vainement que la R.F. fait valoir que l'argument tiré du défaut de visa est invoqué tardivement : la matière étant d'ordre public, l'INAMI n'est pas susceptible d'avoir renoncé à cet argument en ne l'ayant pas invoqué immédiatement le cas échéant, cet argument aurait d'ailleurs pu être soulevé d'office par le tribunal ou la cour du travail.

C. Conséquences

14. De ce que les prestations effectuées par les infirmiers avant qu'ils aient disposé du visa, ne peuvent être prises en compte, il découle non seulement que la plupart des rectifications de prestations proposées par la R.F. ne peuvent être prises en considération mais aussi qu'il y a lieu d'éliminer du décompte une série de prestations qui ont été déclarées par la résidence et qui, en réalité, étaient antérieures à l'obtention du visa.

C'est ainsi que pour les périodes de référence antérieures au 30 juin 2011, aucune prestation d'infirmier ne peut être comptabilisée pour Madame T.K.O., pour Madame J.N., pour Madame M.E.N. et pour Madame R.N. qui, soit n'ont pas obtenu leur visa, soit l'ont obtenu après le 30 juin 2011.

Il apparaît ainsi que peuvent seulement être prises en compte, les prestations mentionnées dans les tableaux dont question au point 4.4. (pp. 17-18) des dernières conclusions de l'INAMI.

La différence entre l'occupation théorique de deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier et la réalité qui, après élimination des prestations effectuées par des infirmiers sans visa, est respectivement pour les différentes périodes de référence de 1,174; 1,111 et 1,032 équivalent temps plein, est donc très significative.

Les rectifications proposées par la R.F. sont, soit sans pertinence car elles concernent des prestations de personnes sans visa (voy. en particulier, les rectifications effectuées pour Madame T.K.O., Madame J.N. et Monsieur A.D.G. avant le 4^e trimestre 2010), soit largement insuffisantes pour compenser la révision découlant de l'élimination des prestations effectuées sans visa.

Dans ces conditions, conformément à l'argumentation de l'INAMI reprise dans ses dernières conclusions d'appel, la cour décide de confirmer les décisions du 28 juin 2012.

15. C'est à tort que la R.F. invoque une violation du principe du délai raisonnable, de l'obligation de motivation formelle, du principe de proportionnalité ou encore des principes d'égalité et de non-discrimination :

- a) Il ne résulte d'aucune disposition légale que la vérification des déclarations effectuées quant à l'occupation du personnel, doit être faite par l'INAMI dans un délai déterminé et doit nécessairement intervenir dans un délai plus court que le délai de prescription.

En l'espèce, les échanges de correspondance intervenus avant les décisions litigieuses établissent, du reste, que l'INAMI a exercé ses pouvoirs de contrôle dans un délai relativement bref, et en tout cas, dans un délai raisonnable.

- b) Les décisions du 28 juin 2012 contenaient une motivation suffisamment précise, ayant permis à la R.F. d'en connaître le fondement, en droit et en fait.

La circonstance que dans le cadre du débat judiciaire de nouveaux arguments ont été avancés et ont finalement été retenus, est sans incidence.

Dans la mesure où la cour exerce un contrôle de pleine juridiction avec pouvoir de substitution, l'éventuelle inadéquation de la motivation initiale ne peut faire obstacle à ce que la cour se prononce sur les droits et obligations des parties en tenant compte de l'évolution des arguments.

- c) L'article 16, § 3, de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 ne prévoit pas une sanction mais une modalité de calcul particulière de l'allocation dans l'hypothèse où les normes de personnel ne sont pas respectées.

Le principe de proportionnalité n'est dès lors pas applicable.

Il n'y avait donc pas lieu de prévoir un affinement des modalités de calcul de manière à ce que la diminution du financement soit proportionnelle à la mesure dans laquelle les normes de personnel n'ont pas été atteintes.

- d) Enfin, sur la question de savoir si le Ministre n'a pas violé les articles 10 et 11 de la Constitution en adoptant des règles de calcul trop générales, la Cour rappelle que, se référant à la jurisprudence de la Cour constitutionnelle, elle a décidé à propos d'autres dispositions de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 :

“De manière générale, une norme peut, sans violer les articles 10 et 11, de la Constitution appréhender la diversité des hypothèses de manière forfaitaire, sans entrer dans le détail des situations individuelles, mais par le recours à des catégories qui ne correspondent à la réalité qu'avec un certain degré d'approximation. Des raisons d'efficacité, de coût ou d'organisation administrative peuvent justifier le recours à de telles approximations” (Cour trav., 13.10.2010, 2007/AB/49679 et jurisprudence citée, www.juridat.be).

La circonstance que l'article 16, § 3, de l'arrêté ministériel traite de manière uniforme le fait de ne pas atteindre les normes de personnel ne permet pas de conclure à une violation des articles 10 et 11 de la Constitution.

Pour autant que de besoin, il y a lieu de ne pas perdre de vue qu'en réalité, pendant les périodes de référence litigieuses, la résidence était assez éloignée d'une occupation de deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier.

16. En conséquence, l'appel de l'INAMI est fondé.

POUR CES MOTIFS,

La Cour du travail,

Statuant contradictoirement;

Déclare l'appel recevable et fondé;

Dit les demandes de la R.F. non fondées,

Confirme les décisions de l'INAMI du 28 juin 2012,

Réforme en conséquence le jugement dont appel,

Condamne la R.F. aux dépens liquidés à 1.320 EUR à titre d'indemnité de procédure par instance.

...

II. Cour du travail de Liège, 20 juin 2017

Loi du 11 avril 1995 visant à instituer “la charte” de l’assuré social, article 23

Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 328 –
Notion de force majeure

La force majeure ne peut être retenue lorsqu’il ressort des pièces déposées que la partie adverse a accompli d’autres démarches administratives pendant la période d’introduction du recours à savoir dans les trois mois de la notification de la décision ou de la prise de connaissance de la décision par l’assuré social en cas d’absence de notification. Dès lors, le recours est irrecevable car tardif.

R.G. 2016/AN/14 et 2016/AN/15
INASTI/D.E., O.A., INAMI et INAMI/D.E., INAMI, O.A.

...

I. Les antécédents du litige

1. La première décision ouvrant le litige a été prise le 12 septembre 2013.

L’O.A. a informé Monsieur E., que l’indemnisation de son incapacité de travail à raison de 32,73 EUR par jour lui serait allouée à partir du 28 juin 2013. Cette décision faisait suite à une décision antérieure du médecin conseil de l’O.A. refusant d’autoriser le travail de Monsieur E. pour la période du 1^{er} mars 2012 au 28 juin 2013.

Le premier recours formé par Monsieur E., par une requête du 21 mars 2014, était dirigé contre l’O.A. Monsieur E. sollicitait l’indemnisation de son incapacité de travail du 1^{er} mars 2012 au 28 juin 2013.

2. La deuxième décision litigieuse a été prise par l’Institut national d’assurance maladie-invalidité ci-après l’INAMI, le 9 octobre 2014. L’INAMI a refusé à Monsieur E. la suspension de la prescription pour raison de force majeure.

Par une requête du 30 avril 2015, Monsieur E. a contesté cette décision, sollicité la levée de la prescription et d’être indemnisé en raison de son incapacité de travail pour la période du 29 février au 31 mars 2012.

3. La troisième décision contestée a été adoptée le 7 avril 2015 par l’Institut national d’assurance sociale pour travailleurs indépendants ci-après l’INASTI. L’INASTI a refusé d’assimiler la période de maladie ou d’invalidité allant du 1^{er} janvier 2012 au 30 juin 2013 à une période d’activité en qualité de travailleur indépendant. L’INASTI s’est fondé pour ce faire sur la considération que, pendant la période en cause, Monsieur E. était resté mandataire et associé actif de la sprl A.

Par une requête du 22 juin 2015, Monsieur E. a contesté cette décision et sollicité l'assimilation qui lui était refusée.

4. Par un jugement du 18 décembre 2015, rendu par défaut de toutes les défenderesses, le tribunal a joint les demandes de Monsieur E. Il les a déclarées recevables et fondées.

Il a ainsi déclaré la prescription suspendue pour cause de force majeure. Il a condamné l'INAMI à autoriser l'O.A. à payer à Monsieur E. les indemnités d'incapacité de travail du 29 février au 31 mars 2012, majorées des intérêts. Il a condamné l'INASTI à assimiler toute la période d'incapacité puis d'invalidité à partir du 20 décembre 2011 à des périodes d'activité professionnelle.

Il a dit le jugement exécutoire par provision et a condamné chaque partie défenderesse à 120,25 EUR de dépens.

5. Par son appel, l'INASTI sollicite la réformation du jugement en ce qu'il accorde à Monsieur E. le bénéfice de l'assimilation sans discontinuer à partir du 20 décembre 2011. Il demande la confirmation de sa décision du 7 avril 2015 refusant cette assimilation du 1^{er} janvier 2012 au 30 juin 2013.

6. Par un autre appel principal, l'INAMI demande la réformation du jugement en ce qu'il a dit la demande de Monsieur E. relative à la période du 29 février au 31 mars 2012 recevable et fondée.

II. Les faits

7. Le 29 décembre 2005, Monsieur E. a constitué, avec Madame D. F., la sprl A. Lors de l'assemblée générale de constitution, Monsieur E. a été désigné comme gérant avec un mandat rémunéré.

8. Le 20 décembre 2011, Monsieur E. a été victime d'un accident entraînant une incapacité de travail.

9. Le 20 août 2013, l'O.A. a reconnu l'incapacité de travail de Monsieur E., à partir du 20 décembre 2011.

Le 12 septembre 2013, l'O.A. a adopté la première décision qui ouvre le litige, indemnisant Monsieur E. pour son incapacité de travail à partir du 28 juin 2013.

10. Le 12 novembre 2013, le médecin-conseil de l'O.A. a autorisé Monsieur E. à exercer une activité pendant son incapacité de travail, à raison de six heures par semaine.

11. Le 16 décembre 2013, Monsieur E. a sollicité de l'O.A. l'assimilation de ses périodes de maladie à des périodes d'activité.

12. Le 7 mai 2014, l'O.A. a accepté d'indemniser l'incapacité de travail depuis le 20 décembre 2011, sous réserve d'une réduction de 10 % en raison de la déclaration tardive de l'incapacité de travail et de la prescription.

13. Le 24 juillet 2014, l'O.A. a demandé à l'INAMI, en faveur de Monsieur E., la suspension de la prescription pour force majeure, pour la période du 29 février au 31 mars 2012.

Le 9 octobre 2014, l'INAMI a pris la deuxième décision litigieuse, refusant la suspension de la prescription. Cette décision a été notifiée à Monsieur E. par un envoi recommandé du même jour (pièce 2 du dossier de l'INAMI).

14. Le 7 avril 2015, l'INASTI a pris la dernière décision attaquée.

III. La position des parties

La position de l'INASTI

15. L'INASTI maintient que Monsieur E. a exercé une activité professionnelle pendant la période pour laquelle il sollicite l'assimilation. Il était en effet gérant unique de la sprl A. et a perçu des rémunérations à ce titre. L'exercice d'un mandat suffit à créer une présomption d'exercice d'une activité indépendante. Par ailleurs, les revenus perçus provenaient de ce mandat. Même le mandat de liquidateur qu'a exercé Monsieur E. suffisait à conclure à l'exercice d'une activité.

Par conséquent, la condition de cessation d'activité n'était pas remplie.

La position de l'INAMI

16. L'INAMI considère que le recours de Monsieur E. contre sa décision de refus de suspension de la prescription est irrecevable car tardif.

Il considère que Monsieur E. ne démontre aucune force majeure qui justifierait cette tardiveté.

La position de l'O.A.

17. L'O.A. n'a pas conclu ni comparu.

La position de Monsieur E.

18. Dans le cadre du recours dirigé contre l'INAMI et portant sur l'indemnisation de la période du 29 février au 31 mars 2012, Monsieur E. demande la confirmation du jugement. Il fait valoir qu'il n'était pas dans un état médical et psychologique lui permettant de contester dans le délai légal la décision prise par l'INAMI le 9 octobre 2014. Le cas échéant, il sollicite que cet état puisse être prouvé par une expertise médicale.

19. Dans le cadre du recours portant sur l'assimilation des périodes d'incapacité, Monsieur E. demande également la confirmation du jugement. Il fait valoir que son état de santé était tel qu'il n'a pu exercer aucune activité pendant la période en cause. Il renvoie notamment à ses fiches fiscales qui montrent l'absence de perception de revenus, hormis des avantages de toute nature ou des montants reçus dans le cadre d'une assurance de groupe.

IV. La décision de la Cour

La connexité

20. Les appels de l'INASTI et de l'INAMI doivent être joints pour connexité. Les exigences de l'administration d'une bonne justice commandent en effet que ces appels, dirigés tous deux contre le même jugement, soient jugés en même temps.

La recevabilité des appels

21. Le jugement attaqué a été notifié le 22 décembre 2015. Les appels formés les 20 et 22 janvier 2016 l'ont été dans le délai d'appel prescrit à l'article 1051 du Code judiciaire.

Les autres conditions de recevabilités des appels sont remplies.

22. Les appels sont recevables.

L'appel de l'INAMI

23. L'appel de l'INAMI porte sur le second recours de Monsieur E., ayant pour objet la suspension de la prescription en vue du paiement des indemnités d'incapacité de travail afférentes à la période du 29 février au 31 mars 2012.

24. Cette demande de suspension de la prescription, fondée sur la base des articles 174, alinéa 5, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et 328 de son arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996, a fait l'objet de la décision régulière de l'INAMI du 9 octobre 2014, notifiée le même jour à Monsieur E.

25. Conformément à l'article 23 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social, sans préjudice des délais plus favorables résultant des législations spécifiques, les recours contre les décisions prises par les institutions de sécurité sociale compétentes en matière d'octroi, de paiement ou de récupération de prestations, doivent, à peine de déchéance, être introduits dans les trois mois de leur notification ou de la prise de connaissance de la décision par l'assuré social en cas d'absence de notification.

Il n'existe pas de délai spécifique plus favorable, le délai prévu par l'article 167 de la loi du 14 juillet 1994 précitée étant de un mois.

26. Formé le 30 avril 2015, le recours de Monsieur E. contre la décision du 9 octobre 2014 l'a été en dehors du délai de trois mois visé au point qui précède.

27. Par ailleurs, les pièces déposées par Monsieur E., si elles font état de difficultés médicales, ne suffisent pas à convaincre de l'existence d'une situation de force majeure, ininterrompue pendant les trois mois ayant suivi la notification de la décision du 9 octobre 2014, justifiant qu'aucun recours n'ait été formé. Au contraire, ces pièces n'expliquent pas de manière claire quelle période elles visent. De même, l'INAMI avance sans être contredit que Monsieur E. a accompli, pendant les trois mois en cause, un certain nombre d'autres démarches administratives de sorte que la cour n'aperçoit pas pourquoi il aurait été incapable d'introduire également un recours contre la décision en cause.

Dans ces conditions, la force majeure invoquée par Monsieur E. n'est pas établie. Monsieur E. ne soulève pas non plus une contestation médicale suffisante pour justifier une mesure d'expertise à ce sujet.

28. La demande originaire de Monsieur E. visant à se voir accorder la suspension de la prescription pour le paiement des indemnités pour la période du 29 février au 31 mars 2012 est par conséquent irrecevable.

29. L'appel de l'INAMI est fondé.

L'appel de l'INASTI

30. L'appel de l'INASTI porte sur la possibilité, refusée par la décision du 7 avril 2015, pour Monsieur E. de bénéficier de l'assimilation à une période d'activité de son incapacité de travail pour la période du 1^{er} janvier 2012 au 30 juin 2013.

Il s'agit de la période visée par la demande originaire de Monsieur E. C'est incontestablement en statuant *ultra petita* que le tribunal paraît s'être prononcé sur une période ultérieure. Il doit en toute hypothèse être réformé sur ce point.

31. Selon l'article 28, § 3, de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, sauf les exceptions que ce texte prévoit et qui ne sont pas applicables à l'espèce, aucune période ne peut être assimilée si l'intéressé a exercé au cours de celle-ci une activité professionnelle. De même une période assimilée prend fin si l'intéressé reprend une activité professionnelle.

L'activité professionnelle au sens de cette disposition a le même sens que l'activité au sens de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants. Les présomptions d'exercice d'une activité professionnelle établies dans le cadre de ce dernier texte, et notamment celles déduites de l'exercice d'un mandat dans une société commerciale, valent également pour l'application de l'article 28, § 3, de l'arrêté royal du 22 décembre 1967¹.

32. Selon l'article 3, § 1^{er} de l'arrêté royal n° 38 précité, on entend par travailleur indépendant toute personne physique, qui exerce en Belgique une activité professionnelle en raison de laquelle elle n'est pas engagée dans les liens d'un contrat de louage de travail ou d'un statut. Est présumée, jusqu'à preuve du contraire, se trouver dans les conditions d'assujettissement, toute personne qui exerce en Belgique une activité professionnelle susceptible de produire des revenus visés à l'article 23, § 1^{er}, 1° ou 2°, ou à l'article 30, 2°, du Code des impôts sur les revenus 1992.

L'alinéa 4 du même texte, dans sa version applicable au moment des faits de la cause, prévoyait que, sans préjudice des dispositions de l'article 13, § 3 - qui n'est pas applicable à l'espèce, les personnes désignées comme mandataires dans une société ou association assujettie à l'impôt belge des sociétés ou à l'impôt belge des non-résidents étaient présumées, de manière irréfragable, exercer, en Belgique, une activité professionnelle en tant que travailleur indépendant. Cette règle n'était pas seulement une présomption d'exercice d'une activité indépendante, elle présumait également que le lieu d'exercice de cette activité est la Belgique².

33. Selon la Cour constitutionnelle, les exigences d'égalité et de non-discrimination imposaient que cette présomption soit susceptible de preuve contraire, sauf pour les mandataires qui gèrent une société belge de l'étranger³. La Cour constitutionnelle a justifié cette exception, c'est-à-dire le maintien de la règle, par la considération que "son caractère irréfragable a pu être jugé nécessaire, pour garantir, comme l'indique le rapport au Roi précité, l'assujettissement au statut social des indépendants de mandataires qui gèrent de l'étranger des sociétés ayant leur siège en Belgique, l'autorité ne disposant pas, vis-à-vis de ces personnes, des renseignements et des pouvoirs dont elle dispose vis-à-vis de celles qui gèrent en Belgique de telles sociétés".

Le droit européen et la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne rendaient également la présomption réfragable pour les activités de gestion d'une société soumise à l'impôt d'un État membre exercées à partir d'un autre État membre⁴.

1. Voy. Cass., 21.03.1983, Pas., p. 789 ; Cass. 24.12.1979, Pas., 1980,1, p. 504 ; C. trav. Bruxelles, 07.09.2011, R.G. 2009/AB/52793, Juridat ; C. trav. Bruxelles 11.09.2009, R.G. 43.178 ; C. trav. Bruxelles, 08.01.2010, R.G. n° 2007/AB/49.796 ; C. trav. Mons, 29.06.1994, R.G. 10783, Juridat ; C. trav. Liège, 14.10.1980, R.G. 79/6962, Juridat.

2. J. Clesse, "Le statut social du dirigeant d'entreprise" *In Dirigeant d'entreprise : un statut complexe aux multiples visages*, Bruylant, 2000, p. 182 ; S. Gilson et J.F. Neven, "L'assujettissement des associés et mandataires de sociétés commerciales" *in Assujettissement personnel à la sécurité sociale belge et recouvrement des cotisations : questions spéciales*, Kluwer, 2008, p. 139.

3. C. Const., 03.11.2004, n°176/2004.

4. CJUE, 27.09.2012, C-137/11, Partena / Les tartes de Chaumont-Gistoux.

Le renversement de cette présomption impose d'établir tant l'absence de but de lucre que l'absence d'exercice habituel d'une activité⁵. Ainsi, le mandat à titre gratuit au sein d'une société dormante ne constitue pas l'exercice d'une activité indépendante⁶.

34. En l'espèce, pour la période visée par la décision contestée, soit du 1^{er} janvier 2012 au 30 juin 2013, Monsieur E. était administrateur de la sprl A., société établie en Belgique et dont il n'est pas contesté qu'elle était assujettie à l'impôt belge des sociétés.

Monsieur E. était donc présumé exercer en Belgique une activité professionnelle en tant que travailleur indépendant, faisant obstacle à l'assimilation qui forme l'objet du litige.

35. Monsieur E. ne renverse pas cette présomption. Il n'établit pas l'absence tant de but de lucre que d'exercice habituel d'une activité.

Monsieur E. ne dépose absolument aucune pièce dont ces éléments pourraient être déduits.

Au contraire, il était le seul gérant, ce qui implique nécessairement que l'activité d'administration de la société lui incombait (à titre d'exemple, il a tenu des assemblées générales de la sprl A. les 13 et 28.06.2013 -voy. pièce B3 du dossier de l'INASTI).

Il a même rédigé une déclaration sur l'honneur du 7 novembre 2013 (pièce B3 du dossier de l'INASTI) par laquelle il décrivait une activité - certes réduite - de mars 2012 au 28 juin 2013.

La demande adressée à l'O.A. d'exercer une activité à temps partiel confirme également le maintien d'une activité de Monsieur E. au sein de la Société.

Par ailleurs, son mandat n'était pas gratuit puisque les statuts lui conféraient au contraire un caractère rémunéré.

De même, l'absence d'activité de la société ou son caractère "dormant" ne résulte d'aucun élément. Au contraire, cette société avait la qualité d'administrateur d'une autre société, la s.a. A. Les comptes annuels d'A. de l'année 2012 renseignent également une marge brute d'exploitation de 37.133,61 EUR et un bénéfice d'exploitation, ce qui n'est pas compatible avec un caractère strictement "dormant".

Enfin, des revenus de dirigeant d'entreprise ont effectivement été attribués à Monsieur E. par la sprl A., quand bien même ils restaient limités ou bien moindres qu'au cours des années antérieures.

36. La décision de l'INASTI du 7 avril 2015 doit être confirmée. L'appel de l'INASTI est fondé.

Les dépens

37. Aucun appel n'est formé quant aux dépens de première instance. Le jugement subsiste sur ce point.

38. Les dépens d'appels de Monsieur E. doivent être mis à la charge de l'INASTI et de l'INAMI, chacun pour moitié, par application des articles 1017, alinéa 2, et

PAR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant contradictoirement et faisant application de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire, spécialement de son article 24 ;

5. C. trav. Bruxelles, 08.09.2010, R.G. 2008/AB/51472, Juridat.

6. Idem et C. trav. Liège, (sect. Namur), 16.10.2007, R.G. 8375/07, Juridat.

1. Joint les appels et les dit recevables;
2. Dit l'appel de l'INAMI fondé ;

Réforme le jugement attaqué en ce qu'il a dit la demande de Monsieur E. dirigée contre l'INAMI recevable, déclaré la prescription suspendue pour cause de force majeure et condamné l'INAMI à autoriser l'O.A. à payer à Monsieur E. les indemnités d'incapacité de travail du 29 février au 31 mars 2012, majorées des intérêts ;

Dit cette demande originaire irrecevable ;

3. Dit l'appel de l'INASTI fondé ;

Réforme le jugement attaqué en ce qu'il a condamné l'INASTI à assimiler toute la période d'incapacité puis d'invalidité à partir du 20 décembre 2011 à des périodes d'activité professionnelle ;

Confirme la décision de l'INASTI du 7 avril 2015 refusant cette assimilation pour la période du 1^{er} janvier 2012 au 30 juin 2013 ;

Condamne l'INASTI et l'INAMI, chacun pour moitié, aux dépens d'appel de Monsieur E., actuellement liquidés à **120,25 EUR** à titre d'indemnité de procédure ;

Délaisse à l'INASTI, à l'INAMI et à l'O.A., chacun leurs propres dépens d'appel.

...

3^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Surconsommation de médicaments par les enfants

Tendance à la surprescription – Résistance aux antibiotiques – Politique antibiotique – Analyse par l'INAMI – Plan stratégique national de lutte contre les organismes multi-résistants – Campagnes de sensibilisation (BAPCOC et afmps) – Programmes à destination des enfants – Feedback individuel aux médecins généralistes – Formation GRACE
INTRO

Question n° 1153 posée le 27 septembre 2016 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant BLANCHART¹

En Belgique, deux enfants sur trois consomment une ou plusieurs fois par an des médicaments, selon une étude des mutualités libres. Et cette consommation de médicaments débute dès le plus jeune âge. Toujours selon la même étude, les bébés sont biberonnés aux antibiotiques : un petit patient sur deux en prend. En effet, en grandissant les jeunes enfants font vite la connaissance des bronchodilatateurs, antiallergiques et autres antidouleurs.

Le souci est que la majorité de ces prescriptions ne sont pas toujours nécessaires. Par exemple pour les antibiotiques, leur utilisation face à des affections virales est inutile et peut même conduire à doper la résistance de certains germes. Pareil pour les bronchodilatateurs, dont l'usage s'est généralisé aux affections respiratoires "banales" alors qu'en principe, ils sont recommandés dans le traitement de l'asthme uniquement.

1. Quel regard portez-vous sur cette problématique ? Pouvez-vous donner davantage d'information chiffrée sur cette tendance à prescrire trop systématiquement des médicaments aux enfants ? À quelle ampleur l'estimez-vous ?
2. Quelles études sont menées afin d'évaluer cette résistance aux antibiotiques ?
3. Quelles mesures avez-vous ou sont envisagées afin de diminuer la tendance à la "surprescription" afin de poursuivre la diminution de l'usage des antibiotiques chez les enfants ?
4. Un plan de sensibilisation et de responsabilisation des différents acteurs concernés par cette tendance est-il ou a-t-il été envisagé ?

1. Bulletin n° 116, Chambre, session ordinaire 2016-2017, p. 338.

Réponse

1. La surconsommation de médicaments en général est un phénomène qui fait peser des risques sur les personnes elles-mêmes et qui nuit au système de santé. La surconsommation d'agents antimicrobiens induit quant à elle une problématique supplémentaire, les résistances bactériennes à ces agents antimicrobiens.

Ce problème est si grave que les plus hautes instances sanitaires mondiales se concertent pour capitaliser les moyens disponibles et construire ensemble des stratégies efficaces en réponse à cette situation. La Belgique prend une part active dans cette lutte menée au niveau international et met en place sur son territoire une politique antibiotique cohérente et courageuse.

La politique antibiotique que nous poursuivons garantit que le patient n'est traité avec des antibiotiques que lorsque cela est nécessaire et qu'il n'est dès lors pas exposé inutilement aux effets indésirables de ces produits. Lorsque le patient a réellement besoin d'un traitement antibiotique, elle veille aussi à ce qu'il reçoive le bon antibiotique, à la bonne dose et pendant la durée nécessaire.

À long terme, une telle politique antibiotique contribue à réduire les résistances que certaines bactéries développent contre les antibiotiques. Des études récentes mettent en regard la (sur-) consommation d'antibiotiques durant l'enfance et le développement de maladies chroniques à l'âge adulte. Ces considérations nouvelles renforcent d'autant plus nos préoccupations et notre volonté de juguler le phénomène.

Lorsque l'on considère l'entièreté de la population belge, la consommation de produits antibiotiques en médecine ambulatoire, exprimée en nombre de paquets pour 1.000 habitants, a baissé de près de 40 % depuis les années 2000 (passant de 1.300 à près de 800), mais doit baisser davantage encore. En effet, dans le cadre de sa participation à des réseaux européens et internationaux mesurant les consommations en services et produits de soins de santé, la Belgique a régulièrement l'occasion de comparer ses résultats avec ceux des pays voisins, comme l'Allemagne, la France ou les Pays-Bas. Il ressort de ces comparaisons que la consommation d'antibiotiques dans notre pays est encore trop élevée et qu'obtenir une baisse sensible de cette consommation est un objectif pertinent.

C'est pourquoi différentes stratégies ont été mises en place et sont poursuivies, de façon coordonnée, afin de mieux configurer le système de santé par rapport à cette question et d'y impliquer tous les acteurs concernés, y compris les médecins prescripteurs et le grand public. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a fourni en juillet 2016 une analyse sur la consommation des antibiotiques chez les enfants dans le secteur ambulatoire.

Celle-ci permet de suivre par tranche d'âge l'évolution des consommations d'antibiotiques et indique d'une part que c'est entre l'âge d'un et six ans que la consommation est la plus importante et d'autre part, que le nombre d'enfants entre 0 et 15 ans sous antibiotiques a baissé entre 2012 et 2014. Cette baisse est justement plus marquée chez les enfants de un à six ans. Les chiffres publiés par l'Agence Intermutualiste montrent également une tendance régulière à la baisse de la consommation des antibiotiques chez les enfants de moins de 15 ans entre 2004 et 2014.

Le suivi de la consommation chez les enfants est difficile, car il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'indicateurs fiables et internationalement validés pour mesurer le phénomène de la consommation antibiotique chez les enfants. Tandis qu'une dose journalière théorique pour l'adulte peut être fixée (et est fixée, la DDD), les doses administrées aux enfants varient énormément, du fait de la variabilité morphologique liée à leur croissance. L'adéquation de la prescription antibiotique chez les enfants reste donc statistiquement difficile à établir et à juger. La Belgique est toutefois en mesure d'évaluer les caractéristiques de la prescription chez les médecins de famille et les pédiatres, ce qui constitue une première approche de la question.

2. Diverses surveillances mesurant spécifiquement les résistances bactériennes sont en place depuis de nombreuses années (certaines ont plus de vingt ans) et ensemble, constituent l'un des éléments importants de notre politique antibiotique. Certaines surveillances sont propres à la Belgique et d'autres répondent à un protocole européen; toutes sont menées en concertation avec les laboratoires nationaux de référence appropriés et l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP).

L'utilité de ces surveillances comme outils de mesure de la situation est renforcée par la mise en place d'un plan stratégique national de lutte contre les organismes multirésistants qui met en relation tous les niveaux concernés par cet aspect de la problématique dans un but de plus grande efficacité décisionnelle et d'action. Conformément au concept *One Health* qui propose une vision globale et intégrée de la santé, la problématique des résistances bactériennes est suivie aussi bien en médecine humaine qu'en médecine vétérinaire.

3. Le combat contre l'administration inappropriée d'antibiotiques aux enfants est une préoccupation des autorités fédérales depuis plusieurs années.

Les campagnes de sensibilisation du grand public menées par la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) entre 2008 et 2013 illustraient un enfant hors de l'eau portant des brassards gonflables et visaient ainsi à pointer l'inadéquation complète du traitement d'un bon nombre de maladies hivernales avec des antibiotiques. Ces campagnes, qui sont lancées chaque année lors de la journée européenne (devenue entre-temps journée mondiale) d'information sur les antibiotiques, ont été conçues pour lutter en particulier contre l'usage irrationnel des antibiotiques chez les enfants.

En 2011, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (afmps) a lancé une campagne à l'attention du grand public "Un médicament n'est pas un bonbon". Cette campagne propose 12 clés pour sensibiliser le public au bon usage des médicaments. Une de ces clés concerne notamment l'usage correct des antibiotiques. Il y est rappelé que les antibiotiques doivent être réservés pour traiter les infections bactériennes graves. Cette campagne est toujours accessible depuis le site internet de l'afmps.

Des programmes spécialement conçus à destination des enfants ont été développés en Belgique ou adaptés pour notre pays, afin de favoriser l'acquisition par le jeune public des informations les plus importantes à ce sujet et de fournir des outils pédagogiques utiles aux personnes les entourant, parents, enseignants, etc. Il s'agit notamment :

- de la bande dessinée Bob et Bobette, conçue, imprimée et distribuée pour nos jeunes résidents; des points-clés sont explicités en fin d'album afin de les impliquer plus personnellement, d'étayer leur curiosité et de replacer la question dans un contexte scientifique plus large
- du programme e-Bug, développé pour les enfants d'âge scolaire et proposé aux enseignants du primaire et du secondaire. Cette formation en ligne (*e-learning*) propose des modules didactiques d'apprentissage et est adaptée aux différentes tranches d'âge
- de capsules télévisées conçues spécifiquement pour être diffusées durant les émissions de la télévision belge dédiées à la jeunesse (OufTivi). Les sujets portent sur la résistance bactérienne ainsi que sur la bonne hygiène des mains
- d'un site web ([usagecorrectantibiotiques](#)) présentant dans un langage simple les bons gestes et les bonnes attitudes à acquérir en matière de consommation d'antibiotiques. Une lecture attentive des pages du site et l'acquisition des informations importantes sont stimulées par la présence d'un mini-questionnaire (*quizz*) offrant une récompense en cas de bonnes réponses.

Ce sont là des exemples parmi d'autres mettant en évidence ce que les campagnes de sensibilisation conduites depuis 16 ans et d'autres initiatives complémentaires proposent en particulier aux jeunes belges. Mais c'est bien le grand public dans son ensemble qui est concerné par ces campagnes. Les professionnels de la promotion de la santé montrent bien que la prise de conscience puis la mise en pratique des acquis par les populations passent notamment par des programmes au long terme.

4. Parallèlement à la sensibilisation du grand public, des mesures sont également prises pour sensibiliser davantage les médecins à la bonne utilisation des antibiotiques et au rôle qu'ils ont à jouer en la matière.

Un feedback individuel sur la prescription d'antibiotiques et basé sur six indicateurs sera fourni aux médecins généralistes dans le courant du premier semestre de 2017. Ce feedback individuel sera diffusé sous la forme d'une brochure présentant des informations quant au choix des indicateurs sélectionnés et à la signification des résultats obtenus; de plus, ce feedback offrira au généraliste des pistes pour améliorer ses attitudes en lien avec sa prescription d'antibiotiques. Cette mesure est une initiative conjointe de l'INAMI, du SPF Santé publique et de la Commission belge de coordination de la politique antibiotique.

Une formation accessible en ligne dénommée GRACE INTRO sera en outre déployée dans tout le pays, en plusieurs phases, durant la seconde moitié de 2017. Il s'agit d'un module didactique proposé aux médecins dans le but de renforcer leurs compétences en communication et de mieux aborder avec leurs patients les consultations au cours desquelles la prescription d'antibiotiques n'est pas nécessaire. Dans ce même cadre, les médecins recevront des brochures destinées aux patients, qu'ils pourront utiliser de manière interactive lors de leurs consultations. On envisage également de mettre en lien dès 2018 l'accréditation des médecins avec leur comportement prescripteur.

II. Surprescription d'antibiotiques

Absence d'effets des campagnes de sensibilisation – Étude détaillée

Question n° 1423 posée le 22 février 2017 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant MATHOT¹

La mutualité socialiste Solidaris a récemment publié une étude visant à évaluer l'impact des campagnes de sensibilisation à la surconsommation d'antibiotiques menées auprès des prescripteurs comme auprès des consommateurs.

Leur conclusion est sans appel : "Les campagnes d'information sur un usage raisonné des antibiotiques n'ont pas d'effets spectaculaires sur la consommation d'antibiotiques en Belgique".

L'on constate même une augmentation de 15 % des volumes (*daily defined dose/affiliés/jour*) délivrés sur la période 2004-2014. La Belgique se classe au regard de cet indicateur au quatrième rang des pays européens qui consomment le plus de médicaments.

Lorsque l'on sait les effets néfastes que peut induire une surconsommation d'antibiotiques, mais également sa conséquence sur le budget des ménages, notamment suite à votre décision de diminuer le remboursement de certains antibiotiques, il convient d'être particulièrement attentif à cette évolution.

1. Confirmez-vous la très faible influence des campagnes d'information sur un usage raisonné des antibiotiques en Belgique ?
2. Comment entendez-vous améliorer ces dernières ?
3. Ne conviendrait-il pas comme le propose Solidaris de rémunérer les médecins qui s'investissent dans un programme d'auto-évaluation de leurs pratiques et améliorent leurs prescriptions d'antibiotiques sur base d'indicateurs mesurables ?

Réponse

1. À la demande de la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC), une étude détaillée a été menée par le service VAXINFECTIO de l'Université d'Anvers sur la consommation ambulatoire d'antibiotiques.

Les résultats ont été publiés en 2013 et sont disponibles sur le site web de l'Agence InterMutualiste.

Lorsqu'ils analysent l'évolution de la consommation d'antibiotiques dans ce secteur, les chercheurs notent des disparités marquantes entre l'évolution de la consommation exprimée en *defined daily dose* (DDD) (en augmentation) et la même évolution exprimée en paquets (en diminution).

1. Bulletin n° 116, Chambre, session ordinaire 2016-2017, p. 373.

Cette disparité semble principalement attribuable aux pénicillines et est liée au fait que le nombre de DDD par paquet a augmenté au cours du temps pour l'amoxicilline (de 50 %) et pour l'amoxicilline-acide clavulanique (de 70 %). Ces deux produits sont de loin les antibiotiques les plus prescrits, en Belgique comme dans tous les pays européens.

L'augmentation du nombre de DDD par paquet est notamment basée sur le fait que les bactéries deviennent de plus en plus résistantes à l'action des antibiotiques. Les chercheurs concluent qu'en Belgique, la consommation ambulatoire d'antibiotiques a donc diminué, étant donné que moins de personnes se sont vues prescrire des traitements antibiotiques, même si les doses prescrites ont été plus élevées.

D'autre part, les chercheurs ont également constaté que sur la période de l'étude, les infections des voies respiratoires nécessitant un traitement antibiotique sont davantage traitées avec les antibiotiques de premier choix, c'est-à-dire ceux qui sont préconisés par les recommandations belges, plutôt qu'avec d'autres produits.

Les campagnes de sensibilisation ont contribué à atteindre une baisse de près de 40 % de la consommation de produits antibiotiques en médecine ambulatoire, passant de 1.300 paquets pour 1.000 habitants dans les années 2000 à près de 800 aujourd'hui. Il s'agit là d'une influence positive, étayée par un ensemble d'autres initiatives de la BAPCOC.

En effet, l'évolution de la consommation antibiotique ne résulte pas uniquement des campagnes de sensibilisation. De nombreux autres facteurs influencent les comportements des patients et des prescripteurs. Les professionnels de la promotion de la santé montrent bien que la prise de conscience puis la mise en pratique des acquis par les populations passent notamment par des programmes au long terme.

2. Des mesures sont également prises pour davantage sensibiliser les médecins à la bonne utilisation des antibiotiques et au rôle qu'ils ont à jouer en la matière. Un feedback individuel sur la prescription d'antibiotiques et basé sur six indicateurs sera fourni aux médecins généralistes dans le courant de l'année 2017.

Ce feedback individuel sera diffusé sous la forme d'une brochure présentant des informations quant au choix des indicateurs sélectionnés et à la signification des résultats obtenus. De plus, ce feedback offrira au généraliste des pistes pour améliorer ses attitudes en lien avec sa prescription d'antibiotiques. Cette mesure est une initiative conjointe de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), du SPF Santé publique et de BAPCOC.

En outre, une formation accessible en ligne dénommée GRACE INTRO sera également déployée, en plusieurs phases et dans tout le pays, durant la seconde moitié de 2017. Il s'agit d'un module didactique, focalisé sur les infections des voies respiratoires, proposé aux médecins dans le but de renforcer leurs compétences en communication et de mieux aborder avec leurs patients les consultations au cours desquelles la prescription d'antibiotiques n'est pas nécessaire.

3. L'établissement du profil de prescription de chaque médecin décrit dans la première partie de la réponse à la question précédente constitue un élément objectif qui permettra de mesurer l'évolution des pratiques individuelles. Nous envisageons de mettre en lien dès 2018 l'amélioration des comportements prescripteurs des médecins avec le système d'accréditation.

III. Médicaments orphelins

Coopération européenne – Projets pilotes – Méthodologie d'horizonscanning – Applicabilité à la situation belge – Rapport du KCE

Question n° 1662 posée le 2 juin 2017 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Mademoiselle la Représentante VAN CAMP¹

Ces dernières années, je vous ai déjà adressé plusieurs questions concernant la coopération européenne autour des médicaments orphelins. L'an dernier, en réponse à la dernière question que je vous ai posée à ce sujet, vous avez indiqué que l'Autriche avait également adhéré à ce pacte mais vous avez confirmé que l'*horizon scanning* n'avait encore débouché sur aucun médicament autour duquel une première coopération pouvait être organisée.

1. Quels résultats cette coopération a-t-elle déjà produits à ce jour ? L'*horizon scanning* est-il terminé et quels sont ses résultats concrets ?
2. Comment voyez-vous l'avenir et la poursuite de cette coopération ? Quels médicaments orphelins concrets ont été sélectionnés pour cette coopération ? Quel est le calendrier des négociations à ce sujet ?

Réponse

Comme je vous l'ai déjà répondu lors de la commission du 12 mai 2015, mes plans dans le cadre de ce projet d'agrandissement d'échelle sont ambitieux.

C'est donc avec plaisir que je vous informe que des progrès ont été réalisés au niveau de cette expérimentation unique supranationale.

Depuis la signature de la convention entre la Belgique et les Pays-Bas, le Luxembourg (en septembre 2015) et l'Autriche (en juin 2016) y ont adhéré.

D'autres pays sont intéressés mais nous souhaitons d'abord consolider les premiers résultats avant d'envisager une extension.

En ce qui concerne le premier projet pilote, un rapport d'évaluation commun a été établi, sur la base d'un travail d'auteur commun entre la Commission de remboursement des médicaments (CRM) et le *Wetenschappelijke Adviesraad* (ZIN).

Selon mes informations, c'est la première fois en Europe que deux États membres rédigent un rapport d'évaluation commun sur un médicament dont les procédures de remboursement se déroulent simultanément dans différents pays.

Au total quatre projets pilotes ont été finalisés, un est en cours et deux sont en phase initiale.

1. Bulletin n° 123, Chambre, session ordinaire 2016-2017, p. 214.

La collaboration se déroule au niveau pratique entre les administrations respectives des deux institutions avec un respect rigoureux des délais légaux prévus, des temps de réaction, de la correspondance et des procédures de remboursement en Belgique et aux Pays-Bas.

Le Grand-Duché de Luxembourg a également été informé du fait que le rapport est terminé, conformément aux accords conclus entre les quatre États membres.

En outre, il y a des collaborations à plusieurs niveaux, indépendamment des projets pilotes.

Des *Terms of Reference* ont été signés par les ministres des quatre pays participants et seront publiés sous peu.

L'échange de données fait également partie de la convention de collaboration.

La méthodologie d'*horizon scanning*, telle que nos collègues des Pays-Bas l'ont développée, est actuellement examinée par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) au niveau de son applicabilité à la situation belge.

Le rapport du KCE a été approuvé la semaine dernière et une méthodologie d'*horizon scanning* commune est proposée.

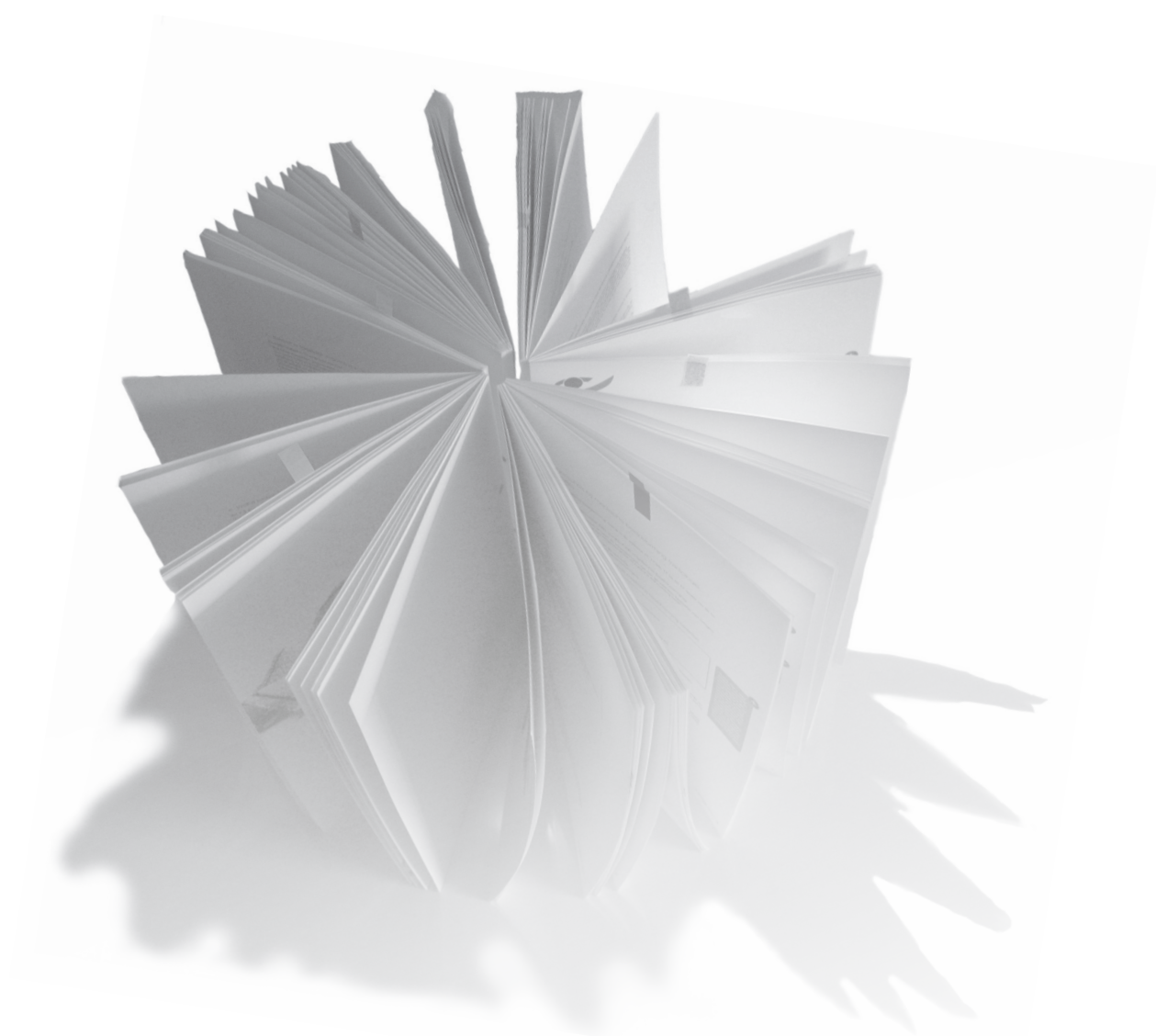
Cette méthode doit nous aider pour l'identification de médicaments futurs avec un impact budgétaire ou un coût par patient significatifs qui pourraient être candidats pour une procédure commune d'évaluation.

Je me réjouis de prendre connaissance de la liste des futurs médicaments auxquels vous faites référence.

La suite du déroulement est claire: il y a une collaboration intensive dans les domaines qui figurent dans l'accord : *horizon scanning*, HTA, échange d'informations et, *last but not least*, une négociation de convention commune.

4^e Partie

Directives de l'INAMI



Exercice d'une activité non rémunérée : services d'échanges locaux (SEL et LETS)

En vigueur à partir du 1^{er} juillet 2017

La présente circulaire traite de la possibilité pour un titulaire reconnu en incapacité de travail d'exercer pendant son incapacité de travail des activités dans le cadre des "services d'échanges locaux" (SEL dans la partie francophone du pays) et des "lokale uitwisselingsystemen" (LETS dans la partie néerlandophone du pays).

Pour une description plus détaillée des LETS et SEL, nous pouvons renvoyer aux explications suivantes établies par l'Office national pour l'emploi (ONEM) .

1. Définition des LETS et des SEL

Un système d'échange local est une association locale fermée de personnes qui s'échangent mutuellement des services et des connaissances et où les activités échangées sont mesurées en une unité d'échange choisie par les membres.

Ce système d'échange local fonctionne généralement comme suit : un groupe de personnes et/ou d'associations décident de s'échanger des services. À cette fin, un moyen d'échange est choisi et une liste est établie où chacun annonce quels services il propose ou demande. Cette liste est distribuée parmi tous les membres des LETS ou SEL avec des bons d'échange. Si quelqu'un souhaite formuler une demande ou accepter une offre, il/elle prend directement contact avec la personne qui propose ou demande un service. Ensuite, il/elle complète un bon d'échange précisant la valeur du bien prêté ou du service fourni. L'administration centrale des LETS et SEL rassemble tous ces bons pour garder un aperçu de la situation du compte de chacun.

Les LETS ou les SEL doivent présenter les caractéristiques suivantes :

- être une association locale et fermée. Les échanges ont lieu localement et le système à points n'a aucun sens ni aucune valeur économique en dehors du groupe
- être une association de fait ou une association de droit. La grande majorité des LETS et SEL en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie ont été créés sous forme d'associations de fait. En Wallonie et à Bruxelles il n'existe aucune structure qui coordonne tous les SEL. En Flandre, il existe une structure centrale chargée de la coordination de l'ensemble des LETS (Lets Vlaanderen VZW). Certains LETS reçoivent des subsides des pouvoirs locaux ou régionaux pour pouvoir faire face aux frais de gestion liés aux LETS ou aux frais salariaux (recrutement de coordinateurs)
- être une association sans but lucratif. L'argent ne circule pas au sein de l'association, à l'exception des cotisations annuelles des membres, qui varient entre 2,5 et 25 EUR, pour couvrir les frais de gestion. L'association n'a donc pas de caractère commercial
- être une association dotée de structures et de règles internes (circulation des offres et des demandes, statut, règlement d'ordre intérieur, charte...)
- être une association à laquelle les membres peuvent s'affilier volontairement. Dans la pratique, les membres des LETS ou des SEL sont des personnes physiques issues de tous les secteurs de la société

- être une association où chaque membre décide en toute autonomie de ses propres échanges. Les membres sont totalement libres d'accomplir ou non une prestation pour un autre membre (pas de lien de subordination, sinon il s'agirait d'un contrat de travail). Les membres sont également libres de fixer la valeur de l'échange
- être une association où les membres échangent des biens, des services et des connaissances non professionnels de manière volontaire et multilatérale. Les biens, services et connaissances proposés ne sont pas professionnels : ils ne font pas partie de la sphère de l'activité économique ou professionnelle du membre qui les propose. Il doit donc s'agir d'une aide mutuelle caractérisée comme suit : sporadique/irrégulière, non récurrente et de courte durée
- être une association où les membres valorisent leurs activités par un système de points sans valeur pécuniaire, enregistré dans une comptabilité centrale. Chaque SEL ou LETS fixe la valeur d'une prestation qui est souvent exprimée en heures. Il existe un système d'enregistrement central des comptes. Les membres des LETS ou des SEL utilisent des bons d'échange qui sont enregistrés de manière centralisée. Le système d'enregistrement des comptes peut aussi être décentralisé. Dans ce cas, chaque membre du LETS ou du SEL gère sa propre comptabilité dans un carnet de bons ou sur papier. Un seuil minimum et un seuil maximum ont également été fixés au niveau des points afin d'éviter qu'une personne ne développe via les LETS ou les SEL une activité qui deviendrait régulière
- être une association à politique sociale. Les LETS et les SEL ont diverses ambitions :
 - stimuler la réflexion et la prise de conscience individuelle et collective concernant le système économique et monétaire
 - remettre en question la suprématie du gain, de la spéculation et de l'argent-roi
 - accroître l'entraide sociale en encourageant l'échange et la solidarité
 - renforcer le sentiment d'appartenance à une communauté locale
 - organiser des rencontres et tisser ainsi des liens entre personnes.

2. Caractéristiques des activités au sein des LETS et SEL

Les activités au sein des LETS et des SEL ont les caractéristiques suivantes :

- un objectif non commercial : l'objectif est essentiellement de développer une entraide sociale où l'échange et la solidarité sont encouragées mais aussi d'organiser des rencontres afin de favoriser ainsi les liens entre personnes
- il s'agit d'un service sporadique et de courte durée, non professionnel
- le public cible est constitué des autres membres issus de toutes les couches sociales
- une compensation sous forme de système à points sans valeur pécuniaire : le système à points n'a aucun sens ni aucune valeur économique en dehors du groupe. Il doit clairement s'agir d'un moyen d'échange local où les membres d'un SEL ou d'un LETS peuvent acheter un autre service organisé par le SEL ou le LETS

3. Exercice d'une activité dans le cadre d'un LETS ou d'un SEL

En fonction des circonstances concrètes, l'activité d'un LETS ou d'un SEL peut être considérée comme une activité non rémunérée ou comme un travail volontaire conformément aux conditions de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires.

En ce qui concerne l'exercice d'une activité en SEL ou en LETS, le Service des indemnités accepte que la procédure telle que fixée pour les volontaires dans la loi du 3 juillet 2005 soit appliquée.

Le titulaire doit donc compléter la **Déclaration d'exercice d'une activité non rémunérée (travail volontaire au sens de la loi du 03.07.2005 relative aux droits des volontaires (M.B. du 29.08.2005))**.

Pour la description de l'activité, l'intéressé(e) doit clairement mentionner qu'il s'agit d'une activité en SEL ou en LETS.

Cette déclaration ne doit pas automatiquement être complétée annuellement par l'intéressé(e) mais il/elle doit la compléter si le médecin-conseil prend une décision quant à la compatibilité du travail volontaire avec l'état de santé général de l'intéressé(e).

La présente note doit être conservée dans le dossier médical de l'intéressé(e) et dans le dossier administratif au sein de l'organisme assureur.

Ce formulaire est joint en annexe à la **Circulaire O.A. n° 2007/46 du 9 février 2007**¹.

Enfin, cette activité doit être déclarée dans le flux RTTP comme travail volontaire.

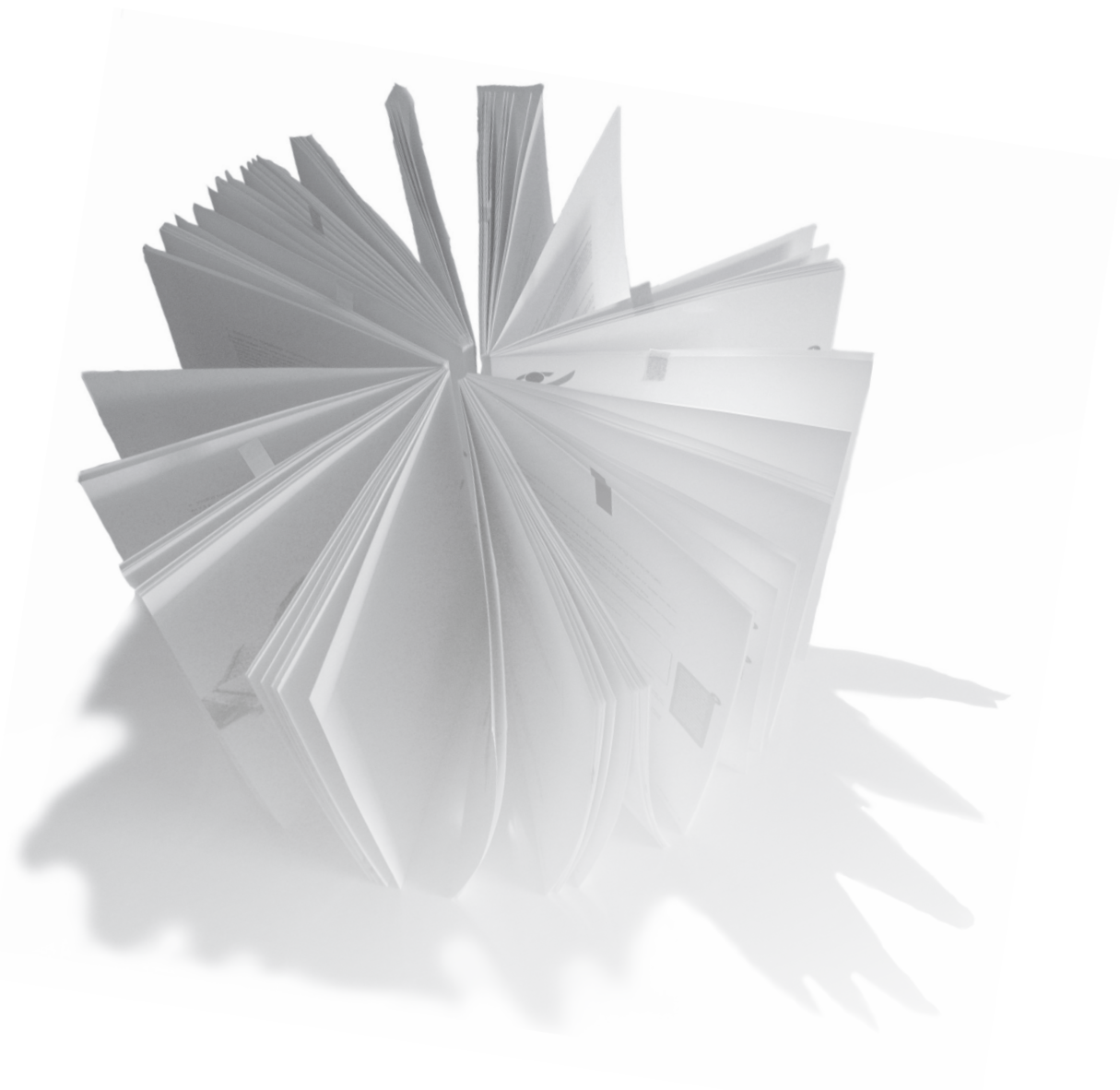


Circulaire O.A. n° 2017/199 - 249/27 du 27 juin 2017.

1. Non publiée dans le B.I.

5^e 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 1^{er} mai 2017

En vigueur à partir du 1^{er} mai 2017

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur belge du 29 janvier 2014 (2^e 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 1^{er} mai 2017 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
18.363,39 EUR	3.399,56 EUR



Circulaire O.A. n° 2017/154 - 3991/285 du 31 mai 2017.

II. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3^e al. de l'A.R. du 03.07.1996) - Résidents

En vigueur à partir du 1^{er} juin 2017

Ce montant de 25.285,14 EUR lié à l'indice-pivot des prix à la consommation 103,14 (base 1996 = 100) est adapté à l'évolution des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

Indexation des plafonds

	Résidents (en EUR)	Personnes à charge (idem intervention majorée) (en EUR)
À partir du 1 ^{er} janvier 2002	26.306,66	2.265,63
À partir du 1 ^{er} février 2002	26.832,59	2.310,92
À partir du 1 ^{er} juin 2003	27.368,64	2.357,09
À partir du 1 ^{er} octobre 2004	27.914,79	2.404,13
À partir du 1 ^{er} août 2005	28.473,60	2.452,25
À partir du 1 ^{er} octobre 2006	29.042,51	2.501,25
À partir du 1 ^{er} septembre 2007 (bien-être)	29.042,51	2.518,75
À partir du 1 ^{er} janvier 2008	29.624,07	2.602,36
À partir du 1 ^{er} mai 2008	30.215,74	2.654,33
À partir du 1 ^{er} septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1 ^{er} juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.756,15
À partir du 1 ^{er} janvier 2010 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1 ^{er} septembre 2010	31.437,01	2.844,47
À partir du 1 ^{er} mai 2011	32.066,61	2.901,44
À partir du 1 ^{er} septembre 2011 (bien-être)	32.066,61	2.921,74
À partir du 1 ^{er} janvier 2012 (bien-être)	32.066,61	2.959,47
À partir du 1 ^{er} février 2012	32.708,86	3.018,74
À partir du 1 ^{er} décembre 2012	33.363,74	3.079,19
À partir du 1 ^{er} septembre 2013 (bien-être)	33.363,74	3.140,77
À partir du 1 ^{er} juillet 2015	34.031,27	3.203,40
À partir du 1 ^{er} septembre 2015 (bien-être)	34.031,27	3.225,83
À partir du 1 ^{er} janvier 2016 (bien-être)	34.031,27	3.267,47
À partir du 1 ^{er} juin 2016	34.711,44	3.332,74
À partir du 1^{er} juin 2017	35.404,25	3.399,56

Moyenne annuelle		
	Résidents (en EUR)	Personnes à charge (en EUR)
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
2016	34.428,04	3.305,54



Circulaire O.A. n° 2017/158 - 270/71 - 273/72 - 274/73 - 276/122 - 2790/71 - 2791/71 - 2792/70 - 3910/1586 et 83/472 du 31 mai 2017.

III. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus

En vigueur à partir du 1^{er} juin 2017
Abroge circulaire n° 2017/155 du 31 mai 2017

En vertu de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (art. 124, § 1^{er}, 1^o, al. 1, modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29.12.1997 (M.B. 31.12.1997, éd.2)), ne peut plus être considérée comme personne à charge (au sens de l'art. 32) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, la personne qui dispose d'un revenu, pension, rente, allocation ou indemnité, pour autant que le montant global brut soit **SUPÉRIEUR** à un montant par trimestre.

Le montant par trimestre civil est calculé au départ du montant de 1.762,82 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996). Il est adapté aux fluctuations de l'indice des prix comme prévu dans la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Cela donne pour le secteur public comme pour le secteur privé :

1^{er} septembre 2008 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 10 = 2.148,87 EUR

1^{er} septembre 2010 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 11 = 2.191,85 EUR

1^{er} mai 2011 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 12 = 2.235,68 EUR

1^{er} février 2012 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 13 = 2.280,40 EUR

1^{er} décembre 2012 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 14 = 2.326,00 EUR

1^{er} juillet 2015 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 15 = 2.372,52 EUR

1^{er} juin 2016 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 16 = 2.419,97 EUR

1^{er} juin 2017 indexation

1.762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 17 = 2.468,37 EUR

Valeurs par trimestre		
1 ^{er} trimestre 2008	2.065,42*3/3	2.065,42 EUR
2 ^e trimestre 2008	2.065,42*1/3+2.106,73*2/3	2.092,96 EUR
3 ^e trimestre 2008	2.106,73*2/3+2.148,87*1/3	2.120,78 EUR
4 ^e trimestre 2008	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1 ^{er} trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 ^e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 ^e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
4 ^e trimestre 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1 ^{er} trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 ^e trimestre 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 ^e trimestre 2010	2.148,87*2/3+2.191,85*1/3	2.163,20 EUR
4 ^e trimestre 2010	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
1 ^{er} trimestre 2011	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
2 ^e trimestre 2011	2.191,85*1/3+2.235,68*2/3	2.221,07 EUR
3 ^e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
4 ^e trimestre 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
1 ^{er} trimestre 2012	2.235,68*1/3+2.280,40*2/3	2.265,49 EUR
2 ^e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
3 ^e trimestre 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
4 ^e trimestre 2012	2.280,40*2/3+2.326,00*1/3	2.295,60 EUR
1 ^{er} trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 ^e trimestre 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 ^{er} trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 ^e trimestre 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 ^{er} trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^e trimestre 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4 ^e trimestre 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1 ^{er} trimestre 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2 ^e trimestre 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
3^e trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
4^e trimestre 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
1^{er} trimestre 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2^e trimestre 2017	2.419,97*2/3 + 2.468,37*1/3	2.436,10 EUR

La circulaire 2017/155 ne doit pas être prise en compte.



Circulaire O.A. n° 2017/159 - 248/64 du 31 mai 2017.

IV. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1^{er} juin 2017

En vigueur à partir du 1^{er} juin 2017

Abroge circulaire n° 2017/154 du 31 mai 2017

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur belge du 29 janvier 2014 (2^e 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 1^{er} juin 2017 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
18.363,39 EUR	3.399,56 EUR

La circulaire 2017/154 ne doit pas être prise en compte.

 Circulaire O.A. n° 2017/160 - 3991/286 du 31 mai 2017.

V. Revalorisation des prestations au 1^{er} mai 2017

Régime général

Revalorisation du montant de la prime de rattrapage octroyée après deux ans d'incapacité de travail

En vigueur à partir du 1^{er} mai 2017

I. Éléments de base

Régime général

Revalorisation du montant de la prime de rattrapage octroyée après deux ans d'incapacité de travail (mesure conjoncturelle)

À partir de mai 2017, le montant de la prime de rattrapage allouée aux titulaires invalides qui, au 31 décembre de l'année précédant l'année de son octroi, sont reconnus incapables de travailler depuis une durée minimum de deux ans, passe de 354,7482 EUR à 374,0661 EUR (base 103,14). Le montant octroyé aux titulaires pour qui la durée d'incapacité en question a atteint au moins un an mais reste inférieure à deux ans demeure inchangé par rapport à mai 2016.

Au mois de mai de l'année 2017, le montant de la prime de rattrapage octroyée aux titulaires dont la durée de l'incapacité a atteint au moins 2 ans au 31 décembre de l'année qui précède s'élève à 503,4556 EUR arrondi à 503,46 EUR (indice pivot 101,02).

II. Date d'application

1^{er} mai 2017



Vous trouverez le tableau D :

http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/indemnites_tableau_d.pdf



Circulaire O.A. n° 2017/132 - 45/262 et 482/132 du 2 mai 2017.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
M. Luc Maroy
Mme Sarah Koval
Mme Charlotte Lefebvre
Mme Caroline Schellis
Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
Mme Florence Garet
M. Nuray Ozdemir
Mme Marie Lejeune

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726