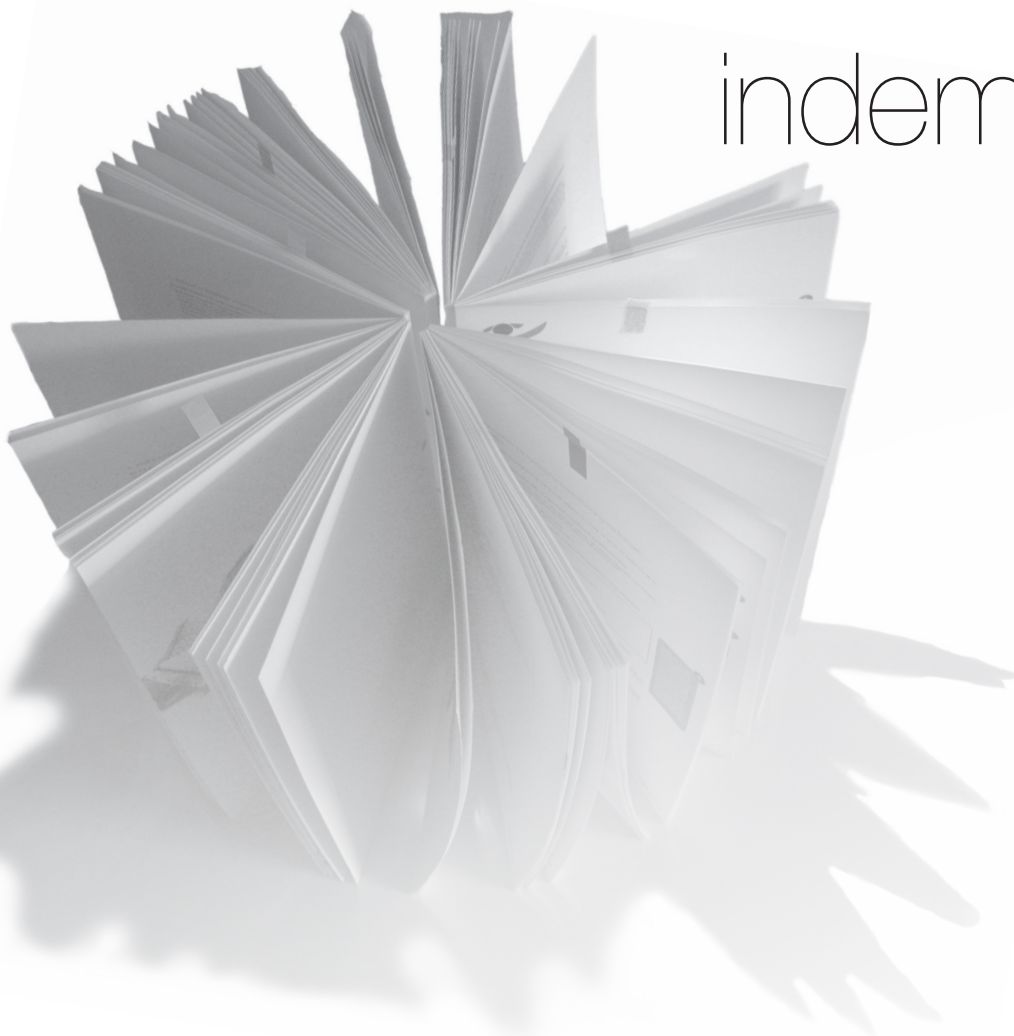


1^e Partie

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



1^{er} et 2^e trimestre 2018

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

Moniteur belge	Date	Titre
25.01.2018 – Édition 2	14.01.2018	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 apporte les modifications suivantes :

- l'augmentation des minima "travailleur régulier" de 1,7 % (à partir du 01.09.2017)
- l'augmentation de l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne de 5 % (à partir du 01.10.2017), ainsi que l'octroi d'une allocation unique de rattrapage pour l'aide de tierce personne en octobre 2017 dont le montant total est égal à 5 % de chaque allocation forfaitaire qui a été effectivement payée pour les jours indemnissables de la période du 1^{er} mai 2017 au 30 septembre 2017
- l'augmentation du plafond AMI de 0,8 % (à partir du 01.01.2018)
- l'augmentation de l'indemnité d'invalidité de 2 % (minima exclus) pour les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2012 (à partir du 01.01.2018).

Moniteur belge	Date	Titre
09.02.2018	04.02.2018	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 apporte les modifications suivantes :

- à partir du 1^{er} janvier 2018, une modification du calcul des indemnités de maternité en cas d'écartement partiel du travail :
 - la titulaire exerce un travail adapté avec perte de salaire dans le cadre d'une mesure de protection de maternité : l'indemnité de maternité s'élève à 60 % de la différence (limitée au plafond salarial) entre la rémunération perdue non plafonnée avant la mesure d'écartement du travail et le revenu professionnel évalué en jours ouvrables découlant de ce travail adapté
 - la titulaire est liée par plusieurs contrats de travail et elle doit cesser le travail suite à une mesure de protection de maternité dans le cadre d'un (ou plusieurs) contrats de travail, mais pas dans le cadre de tous les contrats de travail : l'indemnité de maternité s'élève à 60 % de la rémunération perdue découlant du (des) contrat(s) de travail dont l'exécution a été suspendue suite à la mesure de protection de maternité.

- à partir du 1^{er} avril 2018 : une modification de la règle de cumul concernant les indemnités d'incapacité de travail avec les revenus professionnels acquis si l'intéressé exerce une activité avec l'autorisation du médecin-conseil
 - s'il s'agit d'une activité rémunérée sur base de laquelle l'intéressé tombe sous le champs d'application de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs salariés, le régime de travail de cette activité autorisée détermine si les indemnités doivent éventuellement être réduites (les revenus professionnels acquis ne sont plus pris en considération) :
 - il n'y a pas de réduction si le travail autorisé ne dépasse pas 1/5 temps (20 %)
 - il y a une réduction limitée si le travail autorisé dépasse 1/5 temps (20 %) : les indemnités sont réduites à concurrence de la partie de la fraction d'occupation du travail autorisé qui dépasse 1/5 temps.
 - s'il ne s'agit pas d'une activité rémunérée sur base de laquelle l'intéressé tombe sous le champs d'application de la loi précitée du 27 juin 1969, une règle de cumul, en trois phases progressives, est d'application :
 - phase 1 : les six premiers mois couverts par l'autorisation du médecin-conseil. Le titulaire conserve l'intégralité du montant de ses indemnités d'incapacité de travail
 - phase 2 : à partir du premier jour du septième mois de la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil jusqu'au 31 décembre de la troisième année civile qui suit l'année au cours de laquelle l'activité a débuté. La mutualité réduit forfaitairement de 10 % les indemnités
 - phase 3 : à partir du 1^{er} janvier de la quatrième année civile qui suit celle où l'activité a débuté. Durant cette phase, le montant réel des revenus professionnels obtenus par l'exercice de l'activité autorisée joue un rôle. La mutualité compare le montant des revenus professionnels obtenus pendant la première année civile complète qui suit l'année civile où l'activité a débuté avec un plafond de revenus déterminé. En cas de dépassement de ce plafond de revenus, la mutualité applique, selon le cas, une réduction exprimée en pourcentage du montant journalier des indemnités ou une suspension de l'octroi des indemnités.

Une mesure de garantie a été prévue selon laquelle à partir du 1^{er} avril 2018, le régime antérieur en fonction d'une imputation des revenus professionnels reste applicable si ce régime est plus favorable, à condition que le titulaire ait déjà exercé avant le 1^{er} avril 2018 la même activité autorisée et que l'autorisation n'ait pas été modifiée depuis le 1^{er} avril 2018.

À partir du 1^{er} avril 2018 le médecin-conseil accorde et, si nécessaire, renouvelle l'autorisation toujours pour une durée limitée qui ne dépasse pas deux ans.

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2018	01.02.2018	Arrêté royal portant modification 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, concernant le fonctionnement de la Commission de remboursement des médicaments

Résumé des modifications

L'alinéa 2 de l'article 122*nonies*, § 2, est remplacé par "Le président a droit de vote".

L'article 4 de la loi du 18 décembre 2016 portant diverses dispositions relatives à la santé et l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 entre en vigueur le 1^{er} octobre 2017.

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

Moniteur belge	Date	Titre
10.01.2018	10.12.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2011 portant exécution de l'article 154, alinéa 6 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

La deuxième phrase de l'article 1^{er}, § 3, de l'arrêté royal du 11 juin 2011 est remplacée par "Il doit obtenir au moins cinq points pour chaque type de programme visé au § 2."

Des modifications terminologiques sont apportées dans le texte en néerlandais : le mot "geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "arts" et le mot "geneesheren" est chaque fois remplacé par le mot "artsen".

Moniteur Belge	Date	Titre
16.02.2018	10.02.2018	Arrêté royal concernant la notification électronique de refus d'adhésion aux conventions mentionnées à l'article 49, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le 19 février 2018 est la date à partir de laquelle les kinésithérapeutes et les logopèdes doivent notifier un refus éventuel d'adhésion aux conventions exclusivement via l'application en ligne sécurisée.

Moniteur belge	Date	Titre
20.03.2018 – Édition 2	01.03.2018	Arrêté royal modifiant 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 fournitures visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées au chapitre 3, section 2, sous-section 1, § 1, de la partie 1 de l'annexe jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 :

- l'alinéa 1 est remplacé par : "Une intervention de l'assurance dans la délivrance des tiges de contrôle du glucose et des lancettes peut être accordée au bénéficiaire souffrant de diabète de type 2 possédant un dossier médical global qui a conclu un contrat trajet de soins diabète qui est encore valable, qui a un traitement ou entame un traitement à l'insuline ou avec un incrétino-mimétique et qui suit ou va suivre une autogestion diabétique (dans le cadre de son "trajet de soins diabète") dans lequel un contrôle régulier de la glycémie (en moyenne 25 mesures par mois) est prévu"
- l'alinéa 5 est remplacé par : "Le bénéficiaire qui a conclu un contrat trajet de soins diabète et qui a un traitement ou entame un traitement à l'insuline ou avec un incrétino-mimétique, a droit par période de 6 mois, à compter à partir de la date de la 1^{re} prescription, à un package comprenant :
 - 3 conditionnements de 50 tiges
 - 1 conditionnement de 100 lancettes".
- les 1°, 3°, 4°, 5°, 6° de l'alinéa 6, l'alinéa 9 et 12 sont abrogés
- dans l'alinéa 6, le 2° est remplacé par : "2° pour un bénéficiaire qui entame ou qui suit une thérapie à l'insuline ou un traitement au moyen d'un incrétino-mimétique et qui suit ou va entamer une autogestion diabétique (dans le cadre de son "trajet de soins diabète")"
- dans l'alinéa 10, les mots "témoignant qu'il a été satisfait aux conditions en matière d'éducation obligatoire" sont abrogés.

Les modifications suivantes sont apportées au chapitre 3, section 2, sous-section 1, § 2, de la partie 1 de l'annexe jointe à l'arrêté royal du 24 octobre 2002 :

- l'alinéa 1 est complété par les mots "et qui a un traitement ou entame un traitement à l'insuline ou avec un incrétino-mimétique"
- l'alinéa 2 est remplacé par : "Le glucomètre est prescrit par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins diabète avec le bénéficiaire concerné qui a un traitement ou entame un traitement à l'insuline ou avec un incrétino-mimétique ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire".

L'alinéa 7 du chapitre 3, section 2, sous-section 1, § 3, de la partie 1 de l'annexe jointe au même arrêté, est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
20.03.2018 – Édition 2	01.03.2018	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins

Résumé des modifications

L'article 10, alinéa 2, de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 est remplacé par : "Pour les bénéficiaires visés dans l'article 3, 2°, est également pris en compte comme consultation d'un médecin spécialiste l'attestation des honoraires avec le pseudo-code 470293-470304 ou 470330-470341 en application d'une convention relative au financement de la dialyse conclue avec un hôpital conformément à l'article 22, 6° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994".

Un article 11/1 est ajouté dans le même arrêté, libellé comme suit : "Article 11/1. § 1^{er}. Les honoraires forfaitaires visés dans l'article 11, § 2, 1° ne sont pas dus à partir du premier anniversaire du début du trajet de soins après que le bénéficiaire entre en considération pour une intervention en application d'une convention en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré, conclue conformément aux articles 22, 6° et 23, § 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à moins que le bénéficiaire n'appartienne au groupe de bénéficiaires traités avec 2 injections d'antidiabétiques ou plus par nyctémère ou avec 1 injection par nyctémère complétée certains jours par une injection complémentaire couvrant plusieurs nyctémères, et une multimorbidité qui se caractérise par l'apparition d'une situation médicale grave à côté du diabète (groupe C1 de la convention). Dans le cas où le Comité de l'assurance modifierait le groupe C1 de la convention susnommée, cette modification serait également d'application dans le cadre du présent arrêté.

§ 2. Les honoraires forfaitaires visés dans l'article 11, § 2, 2°, ne sont pas dus à partir du premier anniversaire du début du trajet de soins après que le bénéficiaire entre en considération pour une intervention en application d'une convention en matière de financement de la dialyse conclue avec un hôpital conformément à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994".

Moniteur belge	Date	Titre
20.03.2018 – Édition 2	01.03.2018	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

À partir du 1^{er} mai 2018, le patient intégré dans un modèle de soins "Suivi d'un patient diabétique de type 2", peut bénéficier à certaines conditions de prestations d'éducation au diabète remboursées par l'assurance soins de santé et délivrées par une équipe multidisciplinaire.

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

Moniteur belge	Date	Titre
02.01.2018	03.12.2017	Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1 ^{er} , 12°, 17bis, § 1 ^{er} , 2., 17quater, §§ 1 ^{er} , 2., et 3, et 26, §§ 10 et 13, 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

Les modifications suivantes sont apportées :

- à l'article 17, § 1^{er}, 12°, 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, dans l'énumération des prestations de l'article 17bis, § 1^{er}, reprises dans la prestation 460670, les numéros d'ordre "461171", "461193" et "461333" sont abrogés
- à l'article 17bis, § 1^{er}, 2, de la même annexe, sont apportées les modifications suivantes :
 - à la prestation 461156-461160 :
 - a) le libellé et la valeur relative sont remplacés par : "Examen duplex couleur unilatéral ou bilatéral des vaisseaux sanguins artériels et/ou veineux superficiels et profonds des membres N 60" ;
 - b) une règle d'application est insérée après la prestation : "Par année civile ne peut être attestée qu'une seule prestation 461156-461160" ;
 - les prestations 461171-461182, 461193-461204, 461333-461344 et les alinéas 1^{er} et 2 des règles d'application qui les suivent sont abrogés
 - la valeur relative de la prestation 461370-461381 est remplacée par "N 30".
- à l'article 17quater de la même annexe, sont apportées les modifications suivantes :
 - au § 1^{er}, 2 :
 - a) à la prestation 469770-469781 :
 - 1) le libellé et la valeur relative sont remplacés par : "Examen duplex couleur unilatéral ou bilatéral des vaisseaux sanguins artériels et/ou veineux superficiels et profonds des membres N 60" ;
 - 2) une règle d'application suivante est insérée après la prestation : "Par année civile ne peut être attestée qu'une seule prestation 469770-469781".
 - b) les prestations 469011-469022, 469033-469044, 469055-469066 et les alinéas 1^{er} et 2 des règles d'application qui les suivent sont abrogés ;
 - c) la valeur relative de la prestation 469232-469243 est remplacée par "N 30".
 - au § 3, 6°, 10°, 12° et 15°, les numéros d'ordre "469011-469022", "469033-469044" et "469055-469066" sont abrogés chaque fois de la liste des prestations

- à l'article 26 de la même annexe, sont apportées les modifications suivantes :
 - au § 10, alinéa 1^{er}, les numéros d'ordre "461171-461182", "461193-461204" et "461333-461344" sont abrogés de la liste des prestations
 - au § 13, alinéa 1^{er}, les numéros d'ordre "469011-469022", "469033-469044" et "469055-469066" sont abrogés de la liste des prestations.

Moniteur belge	Date	Titre
11.01.2018	19.12.2017	Arrêté royal modifiant l'article 34, § 1 ^{er} , a), 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

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- le mot "infrarénal" est abrogé dans le libellé de la prestation 589595-589606
- dans l'alinéa 3 des règles d'application qui suivent la prestation 589654-589665, les conditions concernant le centre implanteur et les conditions concernant les modalités de remboursement sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
19.01.2018 – Édition 2	07.01.2018	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 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
30.07.2018	07.01.2018	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 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 - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications à l'article 5, §§ 1, *2bis* et 18. Pour les enfants de moins de 18 ans, deux examens buccaux préventifs 1 fois par année civile à condition qu'ils soient effectués au cours de 2 semestres civils différents peuvent être attestés.

Désormais, les codes spécifiques pour le remboursement annuel du nettoyage prophylactique sont intégrés dans l'examen buccal préventif.

Moniteur belge	Date	Titre
19.01.2018 – Édition 2	07.01.2018	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 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
07.03.2018	07.01.2018	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 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 - Erratum
30.07.2018	07.01.2018	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 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 - Erratum
20.08.2018 – Édition 2	07.01.2018	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, 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 - Erratum

Résumé des modifications

En cas de dommages dentaires, différents traitements (soins dentaires conservateurs) sont possibles. Depuis le 1^{er} février 2018, et pour éviter les abus, l'assurance soins de santé limite le remboursement pour certains de ces traitements.

Les dentistes peuvent attester un supplément d'urgence pour certains traitements ou pour une consultation d'urgence remboursable nécessaire en dehors des heures de pratique normales. Un nouveau règlement est entré en vigueur le 1^{er} février 2018. Les suppléments d'urgence ne peuvent être combinés qu'avec quelques prestations.

Moniteur belge	Date	Titre
26.02.2018	14.01.2018	Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1 ^{er} , 1 ^o bis, et 17ter, A. 1 ^o , 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

L'arrêté royal modifie la nomenclature de la mammographie et comprend notamment un supplément d'honoraires pour un enregistrement digitalisé de prestations.

Moniteur belge	Date	Titre
26.02.2018	14.01.2018	Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1 ^{er} , et 17 ^{ter} , A et 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
05.03.2018	14.01.2018	Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1 ^{er} , et 17 ^{ter} , A et 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 - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté royal révisé les modalités de remboursement des mammographies.

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2018	25.03.2018	Arrêté royal modifiant l'entrée en vigueur de : 1° l'arrêté royal du 14 janvier 2018 modifiant les articles 17, § 1 ^{er} , et 17 ^{ter} , A et 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, 2° l'arrêté royal du 26 janvier 2018 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, 3° l'arrêté royal du 14 janvier 2018 modifiant les articles 17, § 1 ^{er} , 1 ^{er} bis, et 17 ^{ter} , A, 1°, 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

L'arrêté royal modifie les dispositions d'entrée en vigueur des arrêtés royaux des 14 janvier 2018 et 26 janvier 2018 en vue d'assurer un climat serein pour la poursuite des discussions.

Moniteur belge	Date	Titre
11.04.2018	25.03.2018	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

Les modifications suivantes sont apportées :

- au § 1^{er}, 3°, I, B la prestation "425073 Préparation et administration de médicaments pour patients psychiatriques chroniques W 0,180" est ajoutée

- au § 2, un alinéa à insérer entre le deuxième et troisième alinéa, est libellé comme suit : “Les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° et les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 3°bis peuvent être exécutées en cas d’urgence sur base d’une prescription formulée oralement, communiquée par téléphone, par radiophonie ou par webcam par le médecin. Le médecin confirme la prescription par écrit dans les meilleurs délais et au plus tard après 5 jours calendrier qui suivent la prescription formulée oralement ci-dessus.”
- au § 2, l’alinéa 3 ancien, devenant l’alinéa 4, à la dernière phrase, les mots “425736 et 425751” sont remplacés par les mots “425736, 425751 et 425073”
- au § 3, 7°, les mots “le service de consultation de l’hôpital.” sont remplacés par les mots “le cabinet d’un (de) praticien(s) de l’art infirmier situé au sein d’un hôpital et le cabinet d’un (de) praticien(s) de l’art infirmier situé au sein d’une polyclinique, en lien avec un (des) médecin(s) spécialiste(s) et en-dehors d’un site hospitalier.”
- le § 3 est complété par ce qui suit : “9° lorsque les prestations 425073 sont réalisées dans un cabinet d’un (de) praticien(s) de l’art infirmier situé au sein d’un hôpital dans un cabinet d’un (de) praticien(s) de l’art infirmier situé au sein d’une polyclinique, en lien avec un (des) médecin(s) spécialiste(s) et en-dehors d’un site hospitalier ou dans une maison de convalescence.”
- au § 5, 3°, c, à la 20^e ligne du tableau, les mots “425736 ou 425751” sont remplacés par les mots “425736, 425751 ou 425073”
- le § 8bis est remplacé par ce qui suit : “§ 8bis. Précisions concernant les prestations dispensées aux patients psychiatriques chroniques (425736, 425751 et 425073) visés sous la rubrique I, B, du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° :

Pour l’application du présent article, on entend par “patients psychiatriques chroniques”, des bénéficiaires souffrant de schizophrénie (DSM IV code 295.xx) ou d’un trouble de l’humeur bipolaire (DSM IV code 296.xx). Le médecin prescripteur doit conserver dans le dossier médical les éléments qui démontrent que le patient répond à cette définition.

Les prestations 425736, 425751 et 425073 ne sont remboursées qu’une seule fois par jour et ne peuvent être cumulées au cours d’une même séance avec aucune autre prestation du présent article, sauf une prestation de base.”

- au § 9, 10^e alinéa les mots “et 429170” sont remplacés par les mots “ , 429170, 421072, 421094, 421116 et 429192”
- au § 9, dernier alinéa, les mots “425736 et 425751” sont remplacés par les mots “425736, 425751 et 425073”.

Moniteur belge	Date	Titre
16.04.2018	25.03.2018	Arrêté royal modifiant les articles 9, b) et c), 12, § 1 ^{er} , b), 26, §§ 1 ^{er} et 4, 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

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 9 :

- au b), la prestation suivante est insérée après la prestation 423010-423021 : "423511-423522 Supplément d'honoraires pour la prestation 423010-423021 effectuée pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié K 56 ;"
- au c), la prestation suivante est insérée après la prestation 424012-424023 : "423533-423544 Supplément d'honoraires pour la prestation 424012-424023 effectuée pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié K 56".

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 12, § 1^{er} :

- au b), la prestation et la règle d'application suivantes sont insérées après la prestation 202090-202101 : "201390-201401 Supplément d'honoraires pour la prestation 202090-202101 effectuée pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié K 27 Pour cette prestation, le moment de l'accouchement est déterminant
- au c), la prestation et la règle d'application suivantes sont insérées après la prestation 202193-202204 : "202215-202226 Supplément d'honoraires pour la prestation 202193-202204 effectuée pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié K 27 Pour cette prestation, le moment de l'accouchement est déterminant."

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 26 :

- au § 1^{er}, la règle d'application qui suit la prestation 599653-599664 est complétée par ce qui suit : "Cette règle ne s'applique toutefois pas aux prestations 423511-423522 et 423533-423544"
- au § 4 :
 - à l'alinéa 1^{er}, les numéros d'ordre "423010-423021", "424012-424023" et "474552-474563" sont abrogés
 - un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 1 et 2 : "Pour les prestations 423010-423021 et 424012-424023, le § 1^{er} n'est pas d'application et le supplément d'honoraires pour une prestation effectuée pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié est défini à l'article 9."

4. Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Moniteur belge	Date	Titre
23.02.2018	18.02.2018	Arrêté royal modifiant les articles 61, 63 et 66 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte, à partir du 1^{er} janvier 2016, les modifications suivantes à l'arrêté royal du 20 juillet 1971 :

- article 61, § 4 : il s'agit de la situation spécifique suivante : si le médecin-conseil estime qu'un titulaire, qui réside ou séjourne dans un autre État membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ou en Suisse, auquel s'applique les règlements (CE) n° 883/2004 du 29 avril 2004 et n° 987/2009 du 16 septembre 2009, ne peut plus être considéré, après réception d'un rapport de contrôle établi par le médecin traitant de l'État membre, incapable de travailler, il notifie sa décision sans délai au titulaire
- article 63, § 1^{er}, alinéa 5 : la décision sur l'état d'incapacité de travail est seulement communiquée à la demande expresse de l'INASTI
- article 66, 2^o : le titulaire n'est tenu d'adresser un avis de reprise de travail à sa mutualité que s'il reprend l'activité avant la date de fin d'incapacité de travail qui est, le cas échéant, retenue (un avis de reprise de travail n'est plus nécessaire s'il reprend cette activité après la date de fin de la période d'incapacité de travail notifiée par le médecin-conseil de la mutualité, le médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou le Conseil médical de l'invalidité).

Moniteur belge	Date	Titre
23.02.2018	18.02.2018	Arrêté royal modifiant l'article 63 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte, à partir du 1^{er} janvier 2018, certaines modifications à la procédure applicable aux enquêtes menées par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI) auprès de travailleurs indépendants et conjoints aidants reconnus en incapacité de travail. Il prévoit de ne plus réaliser systématiquement d'enquête et de ne plus rédiger de rapport d'enquête en vue de l'évaluation d'une (éventuelle) entrée en invalidité d'un titulaire indépendant reconnu en incapacité de travail.

Dans le cadre de la réforme des enquêtes effectuées par l'INASTI, on distingue deux types de contrôles spécifiques :

- un contrôle ciblé : le médecin-conseil peut demander à l'INASTI de réaliser un contrôle ciblé dans un dossier individuel. Il motive explicitement cette demande et il joint toujours au formulaire de demande une copie du questionnaire relatif à l'activité professionnelle complété par l'intéressé(e) après la déclaration d'incapacité de travail. L'INASTI soumet, dans un délai de deux mois après la demande, le rapport d'enquête suite à ce contrôle ciblé
- un contrôle aléatoire (par échantillon) : les copies des questionnaires de tous les titulaires en incapacité de travail, dont la reconnaissance de l'incapacité de travail primaire dure depuis plus de six mois, sont transmises à l'INASTI. Après réception de ces questionnaires, l'INASTI effectue lui-même une sélection au hasard des cas qui feront l'objet d'une enquête. Avant la fin du neuvième mois de l'incapacité de travail primaire, l'INASTI transmet au médecin-conseil le rapport d'enquête de l'assuré(e) examiné(e).

5. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
17.01.2018	21.12.2017	Arrêté royal instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art infirmier

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les conditions auxquelles les infirmiers doivent répondre afin de pouvoir bénéficier d'avantages sociaux en vue de la constitution contractuelle d'une rente, d'une pension ou d'un capital en cas d'invalidité, de retraite et/ou de décès.

Le montant de la cotisation est fixé annuellement. Pour l'année 2016, le montant s'élève à 500 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
19.01.2018 – Édition 2	07.01.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées :

- dans l'article 3, alinéa 1, 14°, les numéros de code "305012-305023, 305034-305045, 305056-305060 et 305071-305082" sont insérés après le code "304570-304581"
- dans l'article 4 :
 - au 2^e alinéa, 1°, les numéros de code "389572-389583, 389594-389605, 389616-389620" sont supprimés
 - au 3^e alinéa, 1°, les numéros de code "305012-305023, 305034-305045, 305056-305060 et 305071-305082" sont insérés entre les codes "304570-304581" et "304371-304382"

- dans l'article 5 :
 - les numéros de code "375012-375023, 375034-375045, 375056-375060 et 375071-375082" sont insérés entre les numéros de code "374953-374964" et "377016-377020"
 - les numéros de code "389572-389583, 389594-389605, 389616-389620" sont supprimés
 - le numéro de code "371556-371560" est remplacé par le numéro de code "371615-371626".

Moniteur belge	Date	Titre
18.01.2018	25.12.2017	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des bandagistes et orthopédistes

Résumé des modifications

L'intervention est octroyée aux organisations professionnelles représentant les orthopédistes et les bandagistes dans les organes de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et ne peut servir qu'à couvrir les dépenses en matière de personnel et de fonctionnement afférentes à la représentation des organisations professionnelles représentatives dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telles que les indemnités, les rémunérations, les charges sociales et les petits frais de bureau.

Moniteur belge	Date	Titre
02.02.2018	18.01.2018	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des logopèdes

Résumé des modifications

L'intervention est octroyée aux organisations professionnelles représentant les logopèdes dans les organes de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et ne peut servir qu'à couvrir les dépenses en matière de personnel et de fonctionnement afférentes à la représentation des organisations professionnelles représentatives dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telles que les indemnités, les rémunérations, les charges sociales et les petits frais de bureau.

Moniteur belge	Date	Titre
09.02.2018	31.01.2018	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des kinésithérapeutes

Résumé des modifications

L'intervention est octroyée aux organisations professionnelles représentant les kinésithérapeutes dans les organes de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et qui satisfont aux conditions de représentativité fixées à l'article 1^{er}, 1^o, de l'arrêté royal du 15 février 2016.

L'intervention ne peut servir qu'à couvrir les dépenses en matière de personnel et de fonctionnement afférentes à la représentation des organisations professionnelles représentatives dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telles que les indemnités, les rémunérations, les charges sociales et les petits frais de bureau.

Moniteur belge	Date	Titre
09.02.2018	31.01.2018	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des pharmaciens

Résumé des modifications

L'intervention est octroyée aux organisations professionnelles représentant les pharmaciens dans les organes de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et ne peut servir qu'à couvrir les dépenses en matière de personnel et de fonctionnement afférentes à la représentation des organisations professionnelles représentatives dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telles que les indemnités, les rémunérations, les charges sociales et les petits frais de bureau.

Moniteur belge	Date	Titre
07.05.2018	19.04.2018	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement de l'Union générale des infirmiers de Belgique

Résumé des modifications

Une intervention financière annuelle de 371.473,85 EUR est octroyée pour une période de deux ans à l'Union générale des infirmiers de Belgique.

L'intervention ne peut servir qu'à couvrir les dépenses en matière de personnel et de fonctionnement afférentes à la représentation de l'Union générale des infirmiers de Belgique dans les différentes instances où elle est appelée à siéger, telles que les indemnités, les rémunérations, les charges sociales et les petits frais de bureau.

Moniteur belge	Date	Titre
14.05.2018	27.04.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 janvier 2004, instituant un régime d'avantages sociaux pour certains kinésithérapeutes

Résumé des modifications

L'article 7 est remplacé par la disposition suivante :

"Pour l'année 2016 la cotisation annuelle de l'assurance soins de santé, visée à l'article 2, est fixée à :

2.490,35 EUR pour la cotisation complète
 1.861,47 EUR pour la cotisation intermédiaire
 1.408,68 EUR pour la cotisation de base."

Moniteur belge	Date	Titre
22.06.2018 – Édition 1	06.06.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 juin 2017 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

Résumé des modifications

L'arrêté royal introduit les seuils à atteindre dans l'année de la prime 2017 et les conditions pour pouvoir bénéficier d'une prime télémédecine annuelle.

Moniteur belge	Date	Titre
25.06.2018	11.06.2018	Arrêté royal fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les critères et les règles selon lesquelles une indemnisation peut être accordée pour les maîtres de stage en médecine pour l'accompagnement de médecins-spécialistes en formation, dans un hôpital qui ne peut pas bénéficier d'une indemnisation via le Budget des moyens financiers, ou dans un service de stage agréé en dehors d'un hôpital.

Pour les années de référence 2016 et 2017, l'indemnité s'élève à 1.510,57 EUR par mois calendrier complet d'encadrement de stage effectif. Il s'agit d'un montant forfaitaire ne tenant pas compte du nombre de médecins spécialistes en formation dans le service.

Moniteur belge	Date	Titre
02.02.2018	03.12.2017	Arrêté royal portant approbation du Règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions fournisseurs d'implants - organismes assureurs

Résumé des modifications

En vertu de l'article 51, § 10, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission de conventions fournisseurs d'implants – organismes assureurs a établi son règlement d'ordre intérieur qui a été soumis à l'approbation du Roi et qui est publié au Moniteur belge.

Moniteur belge	Date	Titre
12.03.2018	23.02.2018	Arrêté royal portant approbation du Règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions bandagistes - organismes assureurs

Résumé des modifications

En vertu de l'article 51, § 10, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission de conventions bandagistes – organismes assureurs a établi son règlement d'ordre intérieur qui a été soumis à l'approbation du Roi et qui est publié au Moniteur belge.

Moniteur belge	Date	Titre
12.03.2018	23.02.2018	Arrêté royal portant approbation du Règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions orthopédistes - organismes assureurs

Résumé des modifications

En vertu de l'article 51, § 10, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission de conventions orthopédistes – organismes assureurs a établi son règlement d'ordre intérieur qui a été soumis à l'approbation du Roi et qui est publié au Moniteur belge.

Moniteur belge	Date	Titre
12.03.2018	23.02.2018	Arrêté royal portant approbation du Règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions opticiens - organismes assureurs

Résumé des modifications

En vertu de l'article 51, § 10, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission de conventions opticiens – organismes assureurs a établi son règlement d'ordre intérieur qui a été soumis à l'approbation du Roi et qui est publié au Moniteur belge.

Moniteur belge	Date	Titre
12.03.2018	23.02.2018	Arrêté royal portant approbation du Règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions audiciens - organismes assureurs

Résumé des modifications

En vertu de l'article 51, § 10, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission de conventions audiciens – organismes assureurs a établi son règlement d'ordre intérieur qui a été soumis à l'approbation du Roi et qui est publié au Moniteur belge.

Moniteur belge	Date	Titre
14.02.2018	01.02.2018	Arrêté royal fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2017 par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité telle qu'elle est prévue par l'arrêté royal du 17 août 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art dentaire

Résumé des modifications

La cotisation annuelle est fixée à 2.309,75 EUR pour l'année 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
08.03.2018 – Édition 1	23.02.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 18 mars 1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains pharmaciens

Résumé des modifications

Pour l'année 2016, la cotisation annuelle de l'assurance soins de santé est fixée à 2.846,27 EUR. Cette cotisation est ramenée respectivement à 2.134,70 EUR et à 1.423,14 EUR dans les situations prévues à l'article 4, § 2, alinéa 2.

Moniteur belge	Date	Titre
26.02.2018	26.01.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations
26.02.2018	05.03.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations. - Erratum

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées dans l'article 7*quinquies*, § 3, alinéa 1^{er}, :

- le numéro d'ordre "450391" est inséré entre le numéro d'ordre "450354" et le numéro d'ordre "459830"
- les mots "et aux articles 17^{ter} et 17^{quater}" sont remplacés par les mots "à l'article 17^{ter}, à l'exception de la prestation 461473 et à l'article 17^{quater}".

Moniteur belge	Date	Titre
02.03.2018	31.01.2018	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, en ce qui concerne la composition de la Commission nationale fournisseurs d'implants et organismes assureurs

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 9*bis* :

- dans le point a), les mots "six membres effectifs et de six membres suppléants" sont remplacés par les mots "huit membres effectifs et de huit membres suppléants"
- le b) est abrogé.

Moniteur belge	Date	Titre
05.03.2018	28.02.2018	Arrêté royal fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour les élections médicales en 2018 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

Résumé des modifications

La date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des médecins en 2018 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, est fixée au 5 mars 2018.

Moniteur belge	Date	Titre
05.03.2018	28.02.2018	Arrêté royal fixant les règles concernant les élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 1 ^{er} , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
14.03.2018 – Édition 3	28.02.2018	Arrêté royal fixant les règles concernant les élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 1 ^{er} , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 – Avis rectificatif

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les règles et conditions pour les élections médicales.

Pour les élections en 2018, les principales adaptations sont :

- le vote par le médecin sera émis uniquement par voie électronique (suppression du vote papier)
- la période de référence pour l'application des conditions de représentativité sera l'année précédant l'année des élections et non plus les deux années qui précèdent l'année des élections (2017 sera l'année de référence)
- seuls les médecins répertoriés comme actifs à l'INAMI sont repris sur la liste électorale
- vu l'élimination des opérations de scanning des votes papier qui prenaient un temps considérable, la période de vote a été rallongée à 20 jours.

Moniteur belge	Date	Titre
15.03.2018	01.02.2018	Arrêté royal 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

L'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques est abrogé.

Outre des corrections et des modifications administratives, les principales modifications apportées par cet arrêté royal du 1^{er} février 2018 sont :

- l'introduction de la consultation possible par la Commission d'un expert externe désigné par le demandeur pour les demandes introduites en classe 1, les spécialités orphelines, les révisions individuelles ainsi que les nouvelles indications pour lesquelles il existe un besoin thérapeutique ou social
- l'introduction de procédures et de critères d'évaluation spécifiques pour l'admission au remboursement d'indications pédiatriques si ces indications font déjà l'objet d'un remboursement chez les adultes
- l'introduction de la possibilité pour les firmes de demander d'entamer des négociations en vue de la conclusion d'une convention pour les spécialités pour lesquelles la CRM a formulé un avis négatif, et ce uniquement sur proposition motivée du ministre des Affaires sociales
- l'introduction de la possibilité pour le demandeur d'être accompagné par un expert clinique dans le groupe de travail chargé de la rédaction du texte d'une convention article 81/article 81*bis*/article 81*ter*
- l'introduction explicite d'un délai de réponse de 10 jours pour le ministre ayant le Budget dans ses attributions en cas de demande de conclusion d'une convention établie conformément aux dispositions de l'article 81, de l'article 81*bis* ou de l'article 81*ter*. La non réponse du ministre dans le délai sera considérée comme un désaccord
- les conventions pourront dorénavant être conclues pour une période comprise entre 1 an et 3 ans maximum initialement, puis seront prolongeables par périodes de 3 ans maximum
- la suppression de la possibilité pour le groupe de travail de mettre un terme à une convention sans nouvelle évaluation par la CRM à l'issue d'une convention
- la suppression de l'obligation d'une révision individuelle pour les dossiers de classe 1 et les spécialités orphelines et la modification du délai minimal entre l'inscription effective d'une spécialité et une éventuelle révision individuelle (12 mois au lieu de 18 mois)
- l'introduction d'une procédure spécifique pour les génériques et copies qui pourraient bénéficier d'une exception partielle au patent cliff
- l'élargissement de la possibilité pour la CRM de proposer d'entamer des négociations en vue de la conclusion d'une convention pour les spécialités de classe 2B dont la spécialité de référence fait déjà l'objet d'une convention
- l'élargissement des procédures pouvant faire l'objet d'un traitement par l'administration uniquement, sans intervention de la Commission.

Moniteur belge	Date	Titre
29.06.2018	22.06.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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 et 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 apporte les modifications suivantes :

- il complète l'article 1^{er} par un 37^o, l'article 56, 1^{er}, 3^o, l'article 63, alinéa 1^{er}, l'article 111, alinéa 2, l'article 112, alinéa 2, l'article 113, alinéa 2
- il insère des dispositions à l'article 5, § 1^{er}, à l'article 17, alinéa 2, à l'article 24, alinéa 2 et à l'article 32, alinéa 1^{er}
- il insère un alinéa à l'article 14, un alinéa à l'article 59 et un alinéa 3 à l'article 122*terdecies*
- il remplace le 3^o de l'article 16, le 3^o de l'article 23, le 3^o de l'article 30, l'intitulé du chapitre II, section 2, sous-section 5, l'alinéa 1^{er} de l'article 44, l'article 57, l'article 58 et l'alinéa 2 de l'article 122*terdecies*
- il insère un article 22/1, un article 29/1, un article 68/1 et un article 132/1
- il remplace des mots à l'article 39, alinéa 1^{er} et à l'article 122*terdecies*
- il apporte des modifications à l'article 43, à l'article 46, alinéa 1^{er}, à l'article 47, alinéa 1^{er}, à l'article 61, à l'article 64, à l'article 80, à l'article 81, à l'article 83 et à l'article 126.

Moniteur belge	Date	Titre
06.04.2018 – Édition 1	29.03.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'article 3 est complété par un alinéa rédigé comme suit :

“La liaison à l'indice des prix à la consommation tel que mentionné au premier alinéa est suspendue pour l'année 2018”.

Moniteur belge	Date	Titre
06.04.2018 – Édition 1	29.03.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'article 3 est complété par un alinéa rédigé comme suit :

“La liaison à l'indice des prix à la consommation tel que mentionné au premier alinéa est suspendue pour l'année 2018”.

Moniteur belge	Date	Titre
18.04.2018	30.03.2018	Arrêté royal modifiant la liste annexée 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 fournitures visées à l'article 34, alinéa 1 ^{er} , 20 ^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte des modifications au chapitre 2 de la partie 1, au chapitre 3 de la partie 1 et à la section 2, sous-section 3 de l'annexe.

Moniteur belge	Date	Titre
30.04.2018 – Édition 1	25.03.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 et 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
08.06.2018	25.03.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 et 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. - Erratum

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées :

- au chapitre III, l'article 18, alinéa 2, est complété par la phrase suivante : “Le pharmacien est autorisé à pratiquer le tiers payant pour la dispensation d'une nutrition médicale prescrite, pour autant que cette dernière soit inscrite dans le paragraphe qui figure sur l'autorisation qui a été délivrée par le médecin-conseil.”

- au chapitre III, à l'article 18, l'alinéa suivant est ajouté après l'alinéa 2, : "Les autorisations délivrées par le médecin-conseil restent valables pendant toute la durée de leur validité, même si les modalités de remboursement changent entre-temps, sauf si cela concerne le modèle d'autorisation visé sous d) de la partie II de la liste et sauf dispositions contraires prises suite à la modification des modalités de remboursement."
- au chapitre 1 de la partie I, a) de l'annexe, les modalités de remboursement sont remplacées au § 10000, § 20000, § 30000, § 40000, § 50000, § 60000, § 70000, § 80000, § 90000, § 100000, § 110000, § 120000, § 130000, § 140000, § 150000, § 160100, § 160200, § 170000, § 180000, § 190000, § 200000, § 210000, § 220100, et les § 220200, § 220300 et § 220400 sont insérés.
- dans la partie II de l'annexe :
 - le modèle b) est remplacé
 - le modèle d) est inséré.

À titre transitoire, les autorisations délivrées avant l'entrée en vigueur de cet arrêté, peuvent conserver leur validité jusqu'à la date limite de la période autorisée, mentionnée sur ces autorisations.

Moniteur belge	Date	Titre
27.04.2018 – Édition 1	15.04.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 décembre 2017 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art dentaire pour l'utilisation de la télémétrie et pour la gestion électronique des dossiers médicaux en 2017

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées :

- dans l'article 4, § 1^{er}, 2^o "À partir du 1^{er} septembre 2017" est remplacé par "À partir du 1^{er} octobre 2017"
- l'article 4, § 1^{er}, 4^o, du même arrêté, est remplacé comme suit : "4^o Le praticien de l'art dentaire utilise son eHealthBox via son logiciel durant l'année 2017. L'utilisation de l'eHealthBox est définie comme le téléchargement d'au moins un message durant l'année 2017 ;".

Moniteur belge	Date	Titre
24.05.2018 – Édition 2	09.05.2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 29 juin 2014 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans les coûts des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'article 1^{er}, alinéa 2, de l'arrêté royal du 29 juin 2014 par les 6^o à 10^o.

Moniteur belge	Date	Titre
25.05.2018	22.10.2017	Arrêté royal concernant le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé

Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé est fixé à 490.000 EUR en 2017.

6. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
04.01.2018	19.12.2017	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 5 juin 1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger

Résumé des modifications

L'article 1^{er}, § 2, de l'arrêté ministériel du 5 juin 1990 est complété comme suit :

“Pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018, le prix de la journée d'entretien visé au § 1^{er} est fixé à 509,96 EUR.”.

Moniteur belge	Date	Titre
19.01.2018 – Édition 2	12.01.2018	3 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
19.01.2018 – Édition 2	17.01.2018	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
16.02.2018	12.02.2018	3 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
21.03.2018	13.03.2018	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
11.01.2018	12.12.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "G. Chirurgie vasculaire" 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 invasifs
13.07.2018	12.12.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "G. Chirurgie vasculaire" 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 invasifs. - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à la condition de remboursement G-§ 04 :

- le 1. Critères concernant l'établissement hospitalier est remplacé
- le 4.1. Première implantation est remplacé
- le 6. Résultats et statistiques est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
08.03.2018 – Édition 1	27.02.2018	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "G. Chirurgie vasculaire" 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

À la liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014, les modifications suivantes sont apportées :

- l'intitulé "G.4. Endoprothèses", est complété par les prestations suivantes :

"180493-180504 Extension de bifurcation iliaque, en combinaison avec une extension additionnelle ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature"

"180515-180526 Extension de bifurcation iliaque, en combinaison avec une extension additionnelle ou un tuteur couvert placé au niveau de l'artère iliaque interne, utilisée du côté controlatéral dans le cadre de la prestation 589595-589606 de la nomenclature"

- des modifications sont apportées dans la condition de remboursement G- § 04.

Aux listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014, est ajoutée une nouvelle liste nominative 32712 associée aux prestations 180493-180504 et 180515-180526, jointe comme annexe à l'arrêté royal.

Moniteur belge	Date	Titre
09.02.2018	19.12.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "B. Neurochirurgie" 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 invasifs

Résumé des modifications

À la liste, jointe comme annexe 1, les modifications suivantes sont apportées :

- 1° Aux prestations 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843, 173876-173880, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865, 173891-173902 et 173773-173784, la catégorie de remboursement "I.G.a" est remplacée par la catégorie de remboursement "I.A.a"
- 2° La condition de remboursement B- § 12 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
08.03.2018 – Édition 1	15.02.2018	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" 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

À la liste, jointe comme annexe 1, les modifications suivantes sont apportées:

- l'intitulé "F.1.7 Assistance cardiaque", est complété
- la condition de remboursement F- § 25 est insérée
- à l'intitulé "F.1.7 Assistance cardiaque", les prestations suivantes et leurs modalités de remboursement sont supprimées : 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885, 172896-172900, 172911 et 172933
- la condition de remboursement F- § 22 est supprimée.

Aux listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014, est ajoutée une nouvelle liste nominative 368 associée aux prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 jointe comme annexe à l'arrêté.

Moniteur belge	Date	Titre
15.06.2018	01.03.2018	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" 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 invasifs

Résumé des modifications

Au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014, l'intitulé "F.1.6.1 Placement d'une valve artificielle", est complété par l'intitulé "F.1.6.1.6 Autres dispositifs lors du placement d'une valve artificielle ou d'un système d'annuloplastie" et par la prestation suivante et ses modalités de remboursement :

"183013-183024 Ensemble des clips et le système de placement utilisé pour la suture automatisée d'une valve cardiaque ou un système d'annuloplastie lors d'une chirurgie mini-invasive".

Moniteur belge	Date	Titre
21.03.2018	13.03.2018	Arrêté ministériel modifiant 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

À la liste, jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014, les modalités de remboursement de toutes les prestations sont modifiées, à l'exception des prestations inscrites sous les titres "L.1. Colonne vertébrale" et "L.2.2.1 Hanche".

Aux listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014, des modifications sont apportées à l'exception de celles liées aux prestations inscrites sous les titres "L.1. Colonne vertébrale" et "L.2.2.1 Hanche".

Moniteur belge	Date	Titre
24.05.2018 – Édition 2	04.05.2018	Arrêté ministériel modifiant 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
13.07.2018	04.05.2018	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste et des 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. - Erratum

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à la liste jointe comme annexe 1 et aux listes jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014.

Moniteur belge	Date	Titre
09.03.2018	19.03.2018	Arrêté ministériel publiant les annexes I, II et IV de l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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 assimilés

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel publie les annexes I, II et IV de l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 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 assimilés.

Moniteur belge	Date	Titre
21.03.2018	13.03.2018	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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

À l'annexe I de l'arrêté royal du 1^{er} février 2018, l'inscription de certaines spécialités est remplacée ou supprimée.

Moniteur belge	Date	Titre
21.03.2018	15.03.2018	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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

Au chapitre IV-B de l'annexe I de l'arrêté royal du 1^{er} février 2018, l'inscription de certaines spécialités est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
22.03.2018	13.03.2018	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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

À l'annexe I de l'arrêté royal du 1^{er} février 2018, l'inscription de certaines spécialités est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
21.03.2018	13.03.2018	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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
29.03.2018	13.03.2018	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2018.

Moniteur belge	Date	Titre
20.04.2018 - Édition 2	16.04.2018	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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
18.05.2018 - Édition 2	15.05.2018	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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
31.05.2018	24.05.2018	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 1 ^{er} mai 2018 modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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
20.06.2018 - Édition 2	13.06.2018	5 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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
02.07.2018	14.06.2018	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} février 2018 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. - Errata

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
02.02.2018	19.12.2017	Arrêté ministériel portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel approuve le règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, visée à l'article 122^{novodecies} 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.

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2018	15.02.2018	Arrêté ministériel portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des médicaments

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel approuve le règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des médicaments, visée à l'article 122*duodecies* 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.

Moniteur belge	Date	Titre
05.03.2018	28.02.2018	Arrêté ministériel fixant l'organisation pratique des élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 1 ^{er} , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel règle l'organisation pratique des élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
18.06.2018	11.06.2018	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 28 février 2018 fixant l'organisation pratique des élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'article 211, § 1 ^{er} , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Les opérations de votes ont dû être interrompues car un problème informatique imprévisible a surgi inopinément dès le premier jour effectif de ces opérations.

Dès lors, les opérations de vote démarre au 13 juin 2018.

Moniteur belge	Date	Titre
20.04.2018 – Édition 2	16.04.2018	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 supprime des spécialités pharmaceutiques au § 10001 de l'annexe I de 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.

7. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
15.01.2018	18.12.2017	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11 ^o , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 7 du règlement du 28 juillet 2003 :

- au paragraphe 2, le point 5, supprimé par règlement du 24 octobre 2005, est rétabli comme suit : "5. Une première période d'hospitalisation débutera le 1^{er} janvier 2018 pour les internés hospitalisés, conformément à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes. Pour les internés placés inscrits sur une liste que l'hôpital a reçue de l'Institut, l'hôpital renverra le 1^{er} janvier 2018, à chaque organisme assureur, une liste indiquant les membres de l'organisme assureur qui y sont placés au 1^{er} janvier 2018"
- le paragraphe 4 est complété par un alinéa libellé comme suit : "Pour les internés qui ont été hospitalisés en application de l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, la prolongation de l'hospitalisation est automatiquement accordée par le médecin-conseil"
- le paragraphe 5 est complété par un alinéa libellé comme suit : "Pour les internés qui ont été hospitalisés en application de l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, la fin du placement signifie également la fin de la période d'hospitalisation en cours. Chaque admission qui suit est considéré comme une première admission."

À l'article 10, § 1^{er}, a), du même règlement, un alinéa est inséré entre les quatrième et cinquième alinéas, libellé comme suit : "Pour les internés qui ont été hospitalisés en application de l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, l'hôpital transfère au Service public fédéral justice la "facture patient" ou la "facture de soins ambulatoires à l'hôpital".

Les annexes 37 et 37 (suit 1) du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
19.01.2018 – Édition 2	18.12.2017	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11 ^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le § 2 de l'article 24 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonné le 14 juillet 1994, est supprimé ainsi que l'annexe 62.

Moniteur belge	Date	Titre
09.04.2018	19.03.2018	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

Les modifications suivantes sont apportées :

- à l'article 22^{quater}, les mots "à l'article 17, § 12, alinéa 1^{er}," sont remplacés par les mots "aux articles 17, § 12, alinéa 1^{er}, et 6, § 17, 3,"
- l'annexe 82 (formulaire de demande pour un examen en imagerie médicale) est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
25.06.2018	14.05.2018	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 31 du règlement du 28 juillet 2003 est complété par deux paragraphes rédigés comme suit :

§ 4. Chaque document justificatif est muni d'un numéro de suite unique.

§ 5. Chaque document justificatif émis suite à la transmission électronique d'une attestation de soins donnés à l'organisme assureur en dehors du régime du tiers payant comporte le numéro de l'accusé de réception de l'eASD ainsi qu'un code-barres traduisant ce numéro d'accusé de réception, conformément aux modalités techniques d'application fixées en vertu de l'article 9^{bis} de la loi.

Moniteur belge	Date	Titre
01.02.2018	18.12.2017	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

À l'annexe VIII du règlement du 16 juin 2014, le formulaire G-Form-I-02 concernant la demande d'un remboursement, auquel il est fait référence au chapitre "G. Chirurgie vasculaire" de la liste, est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
02.02.2018	18.12.2017	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

À l'annexe I du règlement du 16 juin 2014, le formulaire B-Form-I-01 concernant la demande d'un remboursement, auquel il est fait référence au chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste, est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
03.04.2018	05.02.2018	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

À l'annexe I du règlement du 16 juin 2014, les formulaires B-Form-I-13 et B-Form-I-14 concernant la procédure de demande auxquels il est fait référence au chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste, sont modifiés.

Moniteur belge	Date	Titre
03.04.2018	26.02.2018	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

À l'annexe VI du règlement du 16 juin 2014, les formulaires F-Form-I-11, F-Form-12 et F-Form-I-13 concernant la procédure de demande auxquels il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, sont ajoutés.

À l'annexe VII du même règlement, le formulaire F-Form-II-07 concernant le numéro d'ordre, auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
26.06.2018	16.04.2018	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

À l'annexe I du règlement du 16 juin 2014, le formulaire F-Form-I-12 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, est modifié.

Dans la version francophone du formulaire F-Form-I-13, le titre du formulaire est remplacé comme suit : "Demande pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût du matériel pour assistance ventriculaire (prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445)".

8. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

15.01.2018

Règle interprétative pour le remboursement de la nutrition parentérale pour les bénéficiaires non hospitalisés

Les patients qui disposent d'une autorisation de remboursement pour la nutrition parentérale à domicile, conformément à l'arrêté royal du 20 juillet 2007, peuvent obtenir une prolongation de cette autorisation de remboursement de la nutrition parentérale à domicile dans le cas où ils ne reçoivent plus/ne doivent plus recevoir que des poches d'électrolytes.

Pour les demandes de prolongation, le médecin spécialiste introduit une demande sur base du modèle repris en annexe de l'arrêté royal du 20 juillet 2007. Si le patient ne nécessite plus que des poches d'électrolytes, le médecin sélectionne, dans la rubrique "type de poches", le type de poches que le patient utilisait auparavant.

Les patients qui ne disposent pas d'une autorisation de remboursement pour la nutrition parentérale à domicile, conformément à l'arrêté royal du 20 juillet 2007, ne peuvent pas obtenir une autorisation pour le remboursement des électrolytes seuls.

Moniteur belge

28.02.2018

Règles interprétatives 02 relatives aux prestations de l'article 17 (Radiodiagnostic) de la nomenclature des prestations de santé précise qui peut effectuer et attester la prestation 450391-450402 (deuxième lecture d'une mammographie des deux seins pour dépistage individuel du cancer du sein).

La prestation 450391-450402 est effectuée et attestée par un autre prestataire que celui qui atteste la prestation 450376-450380 (mammographie des deux seins pour dépistage individuel du cancer du sein), pour le même bénéficiaire.

De préférence la deuxième lecture est effectuée par un radiologue d'une "unité agréée de mammographie" (dépistage de masse).

Si cela n'est pas possible, la deuxième lecture est effectuée par un autre radiologue que celui qui a attesté la prestation 450376-450380 ("le premier lecteur").

En cas de discordance entre la première et la deuxième lecture, une troisième lecture est effectuée, indépendamment, par un autre radiologue, ou une "lecture en consensus" est effectuée par le premier et le deuxième lecteur.

Moniteur belge

09.04.2018

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14 l) (stomatologie) de la nomenclature des prestations de santé

La règle interprétative 21 est remplacée par les dispositions suivantes :

La prestation 312756 - 312760 concerne l'ensemble du placement des implants, quels que soient leur nombre dans la totalité de la mâchoire inférieure et supérieure.

Moniteur belge

09.04.2018

Règle interprétative 02 relative aux prestations de l'article 14, b) (Neurochirurgie) de la nomenclature des prestations de santé

La prestation 232315-232326 ne peut être attestée que si une des prestations suivantes a été effectuée durant la même intervention : 230473-230484, 231033-231044, 232551-232562, 232514-232525, 232536-232540.

La prestation 232315-232326 constitue une prestation non-chirurgicale pour laquelle un honoraire d'anesthésie n'est pas autorisé. L'anesthésie est uniquement portée en compte pour la prestation principale.

Moniteur belge

11.04.2018

Règle interprétative 1 relative aux prestations de l'article 30, de la nomenclature des prestations de santé

Les lentilles multifocales sont des lentilles de contact optiques pour lesquelles l'article 30 définit les différentes indications au point C. 2.2.2.

L'une des indications est la présence d'une amétropie de +8,25 de dioptrie. Celle-ci doit être évaluée sur base de la réfraction du verre de lunette et de la dioptrie pour la vision de loin, à l'instar de ce qui est d'application pour les verres de lunettes progressifs.

Moniteur belge

15.06.2018

Règle interprétative 16 relative à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

Lorsque la fusion de l'articulation sacro-iliaque est réalisée avec des implants mini-invasifs ou percutanés, ils sont remboursés via la prestation 168276-168280 ou 168335-168346.

168276-168280 : Vis ou cheville d'ostéosynthèse canulée, sans possibilité de verrouillage à stabilité angulaire, pour l'ensemble des composants, par vis.

168335-168346 : Vis de compression sans tête type "HERBERT" canulée, pour l'ensemble des composants, par vis.

9. Conventions, avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
19.02.2018	02.02.2018	Convention entre les logopèdes et les organismes assureurs 2018-2019. - Conseil des Ministres du 2 février 2018. - Notification point 11

Une nouvelle convention signée entre les logopèdes et les organismes assureurs couvre la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019 et a été approuvée par le Conseil des Ministres.

Cette convention apporte les nouveautés suivantes :

- l'adaptation des valeurs du facteur de multiplication R (art. 2 de la convention)
- des mesures concernant l'information du patient (art. 5 de la convention)
- des mesures de correction en cas de dépassement de l'objectif budgétaire annuel partiel (art. 9 de la convention)
- plusieurs projets (art. 10 de la convention), portant sur :
 - l'adaptation des honoraires du logopède
 - l'accroissement de la qualité des prestations de logopédie
 - la simplification, la standardisation et la responsabilisation
 - l'informatisation du dossier logopédique
 - une réforme de la nomenclature avec décision de la Commission de conventions sur base de critères evidence-based practice.
- des recommandations (art. 11 de la convention) : La Commission de conventions demande à la Ministre de la santé publique de proposer une solution à court terme à la problématique des logopèdes qui sont de plus en plus nombreux à accéder à la profession.

Moniteur belge	Date	Titre
19.02.2018	02.02.2018	Convention kinésithérapeutes-organismes assureurs 2018-2019. - Conseil des ministres du 2 février 2018. - Notification point 11

Une nouvelle convention (M/18), signée en Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs a été approuvée au Conseil des Ministres, couvre la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019.

La convention 2018-2019 apporte les nouveautés suivantes :

- la revalorisation de l'indemnité pour démarrer un dossier kinésithérapeutique (à partir du 01.02.2018)
- la revalorisation des 9 premières prestations de base pour traiter des pathologies "courantes" et des pathologies de la liste "Fa" via l'introduction d'une indemnité (à partir du 01.02.2018). Les 5 premières prestations sont portées à 24 EUR. De la 6^e à la 9^e prestation, elles sont portées à 22,63 EUR
- la revalorisation de l'indemnité pour les prestations au domicile du patient (à partir du 01.07.2018)
- le maintien de la prime de promotion de la qualité à 2.000 EUR pour les années 2016 et 2017
- la demande au Conseil technique de la kinésithérapie de proposer des modifications de la nomenclature concernant :
 - une prestation spécifique pour les adultes atteints d'infirmité motrice cérébrale (à partir du 01.07.2018)
 - l'adaptation des honoraires et remboursements des "pathologies lourdes" (à partir du 01.06.2018)
 - la limitation du nombre de codes de dépassement que les kinésithérapeutes peuvent attester en pathologie courante (à partir du 01.06.2018).
- l'introduction de valeurs fixes et arrondies des tickets modérateurs (à partir du 01.06.2018)
- l'exécution de l'engagement lié à la convention (M/17) et des conclusions de la Taskforce mentionnée dans cet engagement.

Moniteur belge	Date	Titre
19.02.2018	02.02.2018	Convention nationale S/2018 entre les audiciens et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 2 février 2018 - Notification point 11

Une nouvelle convention nationale S/2018 a été signée en Commission de conventions audiciens – organismes assureurs, qui couvre la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019 et qui :

- adapte la lettre-clé pour les prestations destinées aux bénéficiaires de moins de 18 ans, suite à une indexation de 1,60 % pour ce groupe-cible
- actualise la convention afin d'en retirer les dispositions relatives au système du tiers payant. Les règles du tiers payant figurent depuis le 1^{er} octobre 2015 dans l'arrêté royal du 18 septembre 2015.

Moniteur belge	Titre
13.03.2018	Décision de la Commission de conventions bandagistes-organismes assureurs relative aux modalités d'application du tiers payant pour les bandagistes. - Aides à la mobilité

La Commission de conventions bandagistes – organismes assureurs a conclu une nouvelle convention Y/2018 "Aides à la mobilité" qui :

- adapte la lettre-clé pour toutes les prestations de l'article 28, § 8 de la nomenclature, suite à une indexation de 1,68 %

- actualise la convention afin d'en retirer les dispositions relatives au système du tiers payant. Les règles du tiers payant figurent depuis le 1^{er} octobre 2015 dans l'arrêté royal du 18 septembre 2015. Quant aux modalités, elles ont été fixées par la Commission de conventions et publiées au Moniteur belge le 13 mars 2018.

Cette convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Moniteur belge	Titre
26.03.2018	Convention nationale Y/2018 entre les bandagistes et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 9 mars 2018. - Notification point 13

Lors de sa réunion du 5 décembre 2017, la Commission de conventions bandagistes – organismes assureurs a conclu une nouvelle convention Y/2018 qui :

- adapte la lettre-clé pour toutes les prestations de l'article 27 de la nomenclature, suite à une indexation de 1,68 %
- actualise la convention afin d'en retirer les dispositions relatives au système du tiers payant. Les règles du tiers payant figurent depuis le 1^{er} octobre 2015 dans l'arrêté royal du 18 septembre 2015. Quant aux modalités, elles ont été fixées par la Commission de conventions et publiées au Moniteur belge le 13 octobre 2017.

Cette convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Moniteur belge	Titre
26.03.2018	Convention nationale T/2018 entre les orthopédistes et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 9 mars 2018. - Notification point 13

Une nouvelle convention T/2018 a été conclue par la Commission de conventions orthopédistes – organismes assureurs qui :

- adapte la lettre-clé pour toutes les prestations de l'article 29 de la nomenclature, suite à une indexation de 1,68 %
- actualise la convention afin d'en retirer les dispositions relatives au système du tiers payant. Les règles du tiers payant figurent depuis le 1^{er} octobre 2015 dans l'arrêté royal du 18 septembre 2015. Quant aux modalités, elles ont été fixées par la Commission de conventions et publiées au Moniteur belge le 13 octobre 2017.

Cette convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Moniteur belge	Titre
26.03.2018	Convention nationale Z/2018 entre les opticiens et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 9 mars 2018. - Notification point 13

La Commission de conventions opticiens – organismes assureurs a conclu une nouvelle convention Z/2018 qui actualise la convention afin d'en retirer les dispositions relatives au système du tiers payant. Les règles du tiers payant figurent depuis le 1^{er} octobre 2015 dans l'arrêté royal du 18 septembre 2015. Quant aux modalités, elles ont été fixées par la Commission de conventions et publiées au Moniteur belge le 13 octobre 2017.

Cette convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Moniteur belge	Date	Titre
15.01.2018	24.11.2017	Avis de la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs concernant le régime du tiers payant

Le pharmacien applique le régime du tiers payant comme mentionné dans l'article 9, premier alinéa de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant.

Suivant sa qualité, le pharmacien s'engage à respecter le prix public des spécialités ou le prix en hôpital, le prix des produits et le montant des honoraires, tels qu'ils sont publiés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Titre
13.02.2018	Accord national médico-mutualiste 2018-2019

Le 19 décembre 2017, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a conclu un nouvel accord pour les années 2018-2019.

L'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins est fixé pour 2018 à 8.440.574.000 d'EUR. Un montant de 159.356.000 d'EUR est fixé pour les honoraires pour la dialyse rénale. Les enveloppes de biologie clinique et d'imagerie médicale sont fixées respectivement à 1.359.755.000 d'EUR et à 1.288.920.000 d'EUR compte tenu des corrections prises.

L'accord contient un certain nombre d'accords tarifaires :

- les honoraires des médecins augmenteront en principe de 1,50 %. Des exceptions sont prévues : les consultations chez les médecins généralistes et spécialistes seront indexées de 1,68 %
- les prestations en matière de biologie clinique et d'imagerie médicale augmenteront de 1,25 %
- certaines prestations ne seront pas indexées : le dossier médical global (DMG), les examens génétiques, certains honoraires de dispensateurs de soins non accrédités
- des économies et des limitations de volume sont prévues en matière de CT de la colonne vertébrale, et de prescription de dosages de la vitamine B 12 et de l'acide folique
- aucune augmentation du ticket modérateur n'est proposée
- un mécanisme de responsabilisation est instauré : en cas de dépassement ou de forte hausse des dépenses pour la biologie clinique ou l'imagerie médicale, il sera possible d'interpeller les prescripteurs.

L'accord prévoit d'améliorer l'organisation et la qualité des soins :

- l'accord prévoit des incitants financiers pour améliorer la qualité du DMG (2.500 EUR maximum). D'autres dispensateurs de soins avec lesquels le patient a une relation thérapeutique pourront vérifier qui est le détenteur du DMG. À terme, le DMG pourra être organisé à l'échelle de la pratique de groupe
- l'accessibilité sera aussi améliorée pour le patient. À l'avenir, le patient pourra demander que le régime du tiers payant lui soit appliqué pour les prestations du médecin détenteur du DMG et, dans certains cas, le DMG pourra être prolongé automatiquement

- une révision du cadre légal des services de garde obligatoire pour les médecins généralistes.

L'accord prévoit une réforme de l'accréditation dès 2019 et de revoir la classification de la nomenclature.

Un plan d'action en matière d'E-Santé a été élaboré et prévoit les priorités suivantes :

- la création d'une plate-forme de concertation avec les fournisseurs de logiciels
- l'introduire la prescription électronique obligatoire de médicaments lors des consultations
- amélioration du soutien et des fonctions "helpdesk"
- optimisation de la continuité et de la disponibilité du système, et analyser le logiciel des médecins spécialistes qui n'est pas intégré dans le dossier patient informatisé (DPI) de l'hôpital
- la facturation électronique avec les mutualités sera possible dans le courant de 2018
- incitant financier pour promouvoir l'utilisation des e-services, qui s'élève à 2.500 EUR maximum.

Moniteur belge	Titre
15.03.2018	Adaptation hors index au 1 ^{er} octobre 2017 du montant de certaines prestations sociales

À l'indice-pivot 103,04 (base 2013 = 100), le montant des prestations sociales suivantes est fixé, à partir du 1^{er} octobre 2017 à :

A. Assurance maladie-invalidité

I. Régime des travailleurs salariés (montants journaliers forfaitaires)

1. Allocation forfaitaire aide d'une tierce personne : 21,85 EUR

II. Régime des travailleurs indépendants (montants journaliers forfaitaires)

1. Allocation forfaitaire aide d'une tierce personne : 21,85 EUR

Moniteur belge	Date	Titre
11.05.2018	18.04.2018	Protocole de collaboration entre d'une part, l'INAMI, les organismes assureurs et le CIN et d'autre part, le SPF Finances en vue d'instaurer un échange de renseignements spontané et sur demande concernant la transmission de données par les dispensateurs de soins et établissements de soins à l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un réseau électronique en lieu et place des attestations de soins papier et vignettes de concordance

Le protocole permet de facturer et attester uniquement de façon électronique.

En ce qui concerne eFact, les hôpitaux, les médecins, les laboratoires de biologie chimique, d'anatomopathologie et de génétique humaine, les infirmiers, les dentistes et les sages-femmes sont concernés par ce protocole.

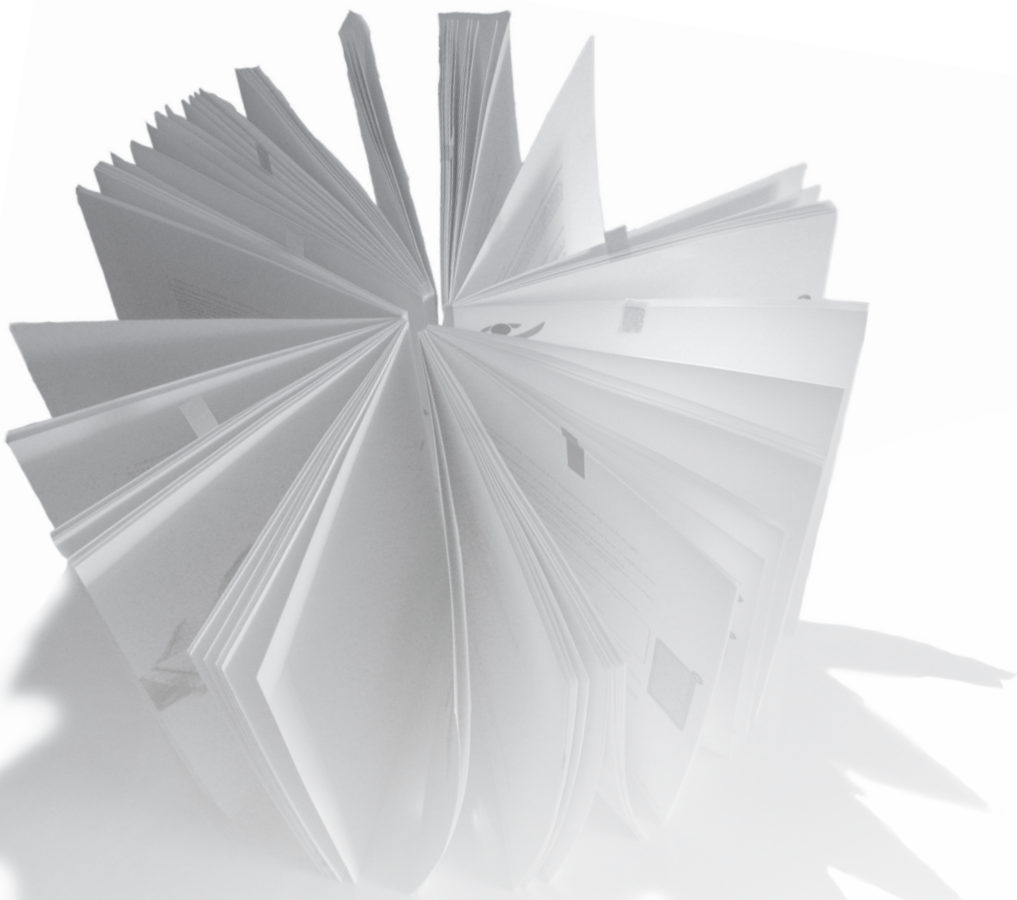
En ce qui concerne eAttest, seuls les médecins généralistes sont concernés dans un premier temps. Un addenda à ce protocole organisera les modalités applicables aux autres catégories de dispensateurs de soins.

Les données électroniques sont transmises en 4 étapes :

- l'organisme assureur transfère les données au Collège Intermutualiste National
- ce dernier rassemble les données au sein d'un fichier unique et le transmet à l'INAMI
- l'INAMI transmet ensuite ce fichier à la Banque Carrefour de la Sécurité sociale
- la Banque Carrefour de la Sécurité sociale le transfère, enfin, vers le destinataire final des données : le SPF Finances.

2^e Partie

Jurisprudence



I. Cour du travail de Mons, 18 janvier 2018

Code judiciaire, article 1051 - Recevabilité de l'appel - *Ratione temporis* - Changement de domicile / Changement de siège social - Signification / Notification

Il est admis de manière constante qu'un changement de domicile ou de siège social, lorsqu'il s'agit d'une personne morale, demeure sans incidence sur le procès en cours, et ce aussi longtemps que la partie ayant modifié son domicile ou son siège néglige d'en avvertir le greffe et son ou ses adversaire(s). Dès lors, tant que cet avertissement n'a pas eu lieu, la signification et, le cas échéant, la notification du jugement faisant courir le délai d'introduction d'un recours, peuvent valablement être faites à l'ancien domicile ou siège de la partie concernée par le changement, tel qu'il appert des pièces de procédure.

N° de rôle : 2017/AM/

... c./INAMI

...

I. Procédure

Madame ... a interjeté appel, selon requête reçue au greffe de la cour de céans, le 28 mars 2017, du jugement rendu par le Tribunal du travail du Hainaut, division de Charleroi, du 13 février 2017.

Ce jugement déclare le recours introduit par Madame ... recevable et non fondé à l'encontre d'une décision de l'INAMI du 20 mai 2014.

Le greffe du Tribunal du travail a notifié la décision entreprise, en date du 20 février 2017 à l'actuelle appelante et à l'adresse mentionnée dans le jugement *a quo*, soit ... En annexe de cette lettre, le greffe avise la destinataire des formes et délais des voies de recours.

À l'audience, l'appelante fait part qu'elle était domiciliée cependant, depuis longtemps à l'adresse mentionnée dans sa requête d'appel, soit à ...

Cependant, elle a omis d'en avvertir le Tribunal du travail du Hainaut, durant la procédure judiciaire.

II. Recevabilité de l'appel

Selon la doctrine et la jurisprudence, il est admis de manière constante “qu’un changement de domicile ou de siège social, s’il s’agit d’une personne morale, demeure sans incidence sur le procès en cours aussi longtemps que la partie qui a modifié son domicile ou son siège néglige d’en avertir le greffe et son (ou ses) adversaire(s)¹”.

Le Professeur Fettweis précise que “cette exigence s’inscrit dans le droit fil des principes de la procédure civile admise depuis le début du XIX^e siècle. Dès cette époque, il était enseigné et non contesté qu’un changement de domicile, intervenu après le début du procès, ne peut produire un effet au niveau de la transmission des actes de procédure qu’à la condition d’avoir été notifié²”.

Selon la Cour de cassation, en son arrêt du 16 octobre 2009³ : “le changement du domicile judiciaire d’une partie au cours d’une procédure est sans incidence sur celle-ci aussi longtemps que cette partie néglige d’en avertir le greffe et la partie adverse. Dès lors, tant que cet avertissement n’a pas eu lieu, la signification et, le cas échéant, la notification du jugement faisant courir le délai d’appel, peuvent valablement être faites à l’ancien domicile de la partie concernée par le changement, tel qu’il apparaît des pièces de la procédure”.

Il en résulte qu’il appartient exclusivement à la partie qui change de domicile d’en informer son adversaire et le greffe⁴, *quod non* en l’espèce, dans le chef de l’actuelle appelante.

Le délai d’appel a pris cours dès la notification par le greffe du jugement à l’adresse de l’appelante, mentionnée dans les actes de procédure. Selon l’article 1051 du Code judiciaire : “*sous réserve des délais prévus dans des dispositions impératives supranationales et internationales, le délai pour interjeter appel est d’un mois à partir de la signification du jugement ou de la notification de celui-ci faite conformément à l’article 792, alinéas 2 et 3. Ce délai court également du jour de cette signification, à l’égard de la partie qui a fait signifier le jugement*”.

En l’occurrence, l’appelante a interjeté appel le 28 mars 2017 soit en dehors du délai légal prévu par l’article 1051 du Code judiciaire.

Cet appel sera déclaré irrecevable pour cause de tardiveté.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant contradictoirement,

Vu la loi du 15 juin 1935 sur l’emploi des langues en matière judiciaire, notamment l’article 24 ;

Sur avis oral conforme de Monsieur Patrick LECUIVRE, substitut général.

Dit l’appel de Madame ... non recevable.

Condamne l’INAMI aux frais et dépens de l’instance non liquidés.

...

1. A. FETTWEIS, Manuel de procédure civile n^{os} 222 et 223 et références citées, ainsi que : C.T. Bruxelles, 08.05.1992, *Juridat* : JS46728 ; C.T. Bruxelles, 01.12.1999, *Juridat* : JS52262 1 ; C.T. Bruxelles, 15.11.2001, *Juridat* : JS53586 1 ; C.T. Bruxelles, 02.12.2004, *Juridat* : JS613315 1 et Cass. 03.06.1988, Pas. 1988, 1, 1189, cités par la C.T. Mons : C.T. Mons, 5^e Ch., 04.12.2014, 2014/AM/150, inédit.
2. A. FETTWEIS, Manuel de procédure civile, 1985, n^o 221, p.186.
3. Cass., 16.10.2009, R.G. C.070212.F.
4. A. FETTWEIS, Manuel de procédure civile, 1985, n^o 221, p. 186.

II. Cour du travail de Bruxelles, 20 juin 2018

Code judiciaire, article 875*bis* – Loi coordonnée le 14 juillet 1994, article 100 – Charge de la preuve – Durée – Opportunité d'une expertise

Dans les circonstances de très longs écoulements de temps et d'absence de production de pièces qui permettraient au juge d'asseoir la conviction qu'un médecin-expert serait encore capable d'apprécier de manière rétroactive la situation concrète sur base de ces dernières, il y a lieu de considérer que toute mesure d'expertise médicale est inévitablement vouée à l'échec. Dès lors, il est inopportun d'y recourir.

N° de rôle : 2017/AB/

... c./INAMI

...

I. Faits et antécédents

1. Monsieur ... a été victime d'un accident du travail, le 16 octobre 2000.

À la suite de cet accident, il a été reconnu :

- en incapacité temporaire totale du 16 octobre 2000 au 15 juin 2001
- en incapacité permanente à hauteur de 8 %, à partir du 16 juin 2001 (voir par un jugement du T. T. du 14.11.2006, confirmé par un arrêt de la C. T. le 18.05.2016)

2. Après la période d'incapacité temporaire couverte par l'assureur accident du travail, Monsieur ... a été indemnisé par la mutualité.

Le 18 novembre 2002, le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI a estimé que :

"Monsieur ... n'est plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à partir du 25 novembre 2002, étant donné que : les lésions ou troubles fonctionnels que [l'intéressé] présente n'entraînent pas une réduction des 2/3 de sa capacité de gain évaluée dans sa catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée susvisée : cfr. professions antérieures et connexes".

3. Monsieur ... a contesté cette décision devant le Tribunal du travail de Bruxelles. Cette procédure est restée en léthargie pendant toute la procédure relative à l'indemnisation de l'accident du travail (alors que rien légalement ne justifiait une telle suspension du présent litige).

Finalement en 2016, Monsieur ... produit un rapport du Docteur ... le 21 septembre 2016, lequel déclare :

“la combinaison des troubles orthopédiques, psychiatriques et endocrinologiques engendre bien chez ce patient une incapacité de + de 66 % pour tout profession accessible tenant compte de son âge de 49 ans et d’une absence de formation diplômante qui a relégué le patient à des travaux d’ouvrier depuis son arrivée en Belgique en 1991”.

Par jugement du 7 mars 2017, le Tribunal a toutefois déclaré la demande non fondée et a estimé ne pas devoir désigner un expert.

4. Monsieur ... a fait appel de ce jugement par requête déposée, le 12 avril 2017.

II. Objet de l’appel

5. Monsieur ... demande à la Cour de mettre à néant la décision de l’INAMI et de dire pour droit qu’il répond aux conditions de l’article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, depuis le 18 novembre 2002.

À titre subsidiaire, il demande à la Cour de désigner un expert pour évaluer son incapacité de travail depuis le 18 novembre 2002.

III. Discussion

6. Selon l’article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,

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

Il résulte cet article que pour bénéficier des indemnités, trois conditions doivent être remplies :

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

En l’espèce, la discussion porte sur la troisième condition.

Lorsque comme en l’espèce, l’incapacité de travail a duré plus de 6 mois, la capacité de travail doit être vérifiée par référence non seulement aux professions précédemment exercées mais aussi par référence aux autres professions qui, en fonction notamment du niveau de formation, restent accessibles.

Comme l'a rappelé le Tribunal, l'assuré social doit produire les éléments médicaux qui justifient, au moins à première vue, le caractère sérieux de sa contestation de la décision qu'il critique. Si la contestation paraît sérieuse, une mesure d'expertise est alors en règle nécessaire pour permettre au tribunal d'être adéquatement éclairé avant de trancher la contestation.

7. En l'espèce, la période litigieuse est très longue. Elle court depuis le 18 novembre 2002, soit depuis plus de 15 ans.

Comme la mutuelle n'est pas à la cause, la cour ne pourrait reconnaître qu'une incapacité de travail ininterrompue. En effet, en cas d'interruption de l'incapacité suivie d'une rechute, la nouvelle prise en charge nécessiterait une décision du médecin-conseil de la mutuelle (voy. Cass. 16.12.2013, S.12.0032.F).

Monsieur ... produit un rapport du Docteur ... du 21 septembre 2016 ainsi qu'un rapport du Docteur ... du 9 mai 2017.

Ces rapports, et le dernier en particulier, semblent indiquer que sur le plan psychologique, la situation a très lentement évolué pendant la période échue depuis l'accident du travail survenu en 2000.

C'est aussi ce qui résulte d'un rapport plus ancien de Madame ... , psychologue clinique. Ce rapport de 2006 signalait déjà une dégradation par rapport à un précédent rapport de 2001. Sur le plan psychologique, la situation semblait toutefois moins marquée en 2006 qu'actuellement.

Il apparaît aussi que le suivi psychologique n'a pas été constant.

Dans un rapport de 2006, le Docteur ... signalait que depuis l'accident, Monsieur ... a eu "4 à 5 entretiens avec le Dr ... psychiatre, puis une dizaine d'entretiens avec le Dr ..." mais qu'il a interrompu la prise en charge.

Enfin, dans son rapport de 2016, le Docteur ... signale l'apparition assez récente de troubles endocrinologiques ayant justifié une intervention chirurgicale au début de l'année 2016.

Il semble donc que la situation n'a cessé d'évoluer depuis le début de la période litigieuse.

8. Partant de ces éléments d'évolution, on ne peut pas suggérer que pendant toute la période litigieuse, Monsieur ... a présenté une incapacité de travail de plus de 66 %. La Cour n'aperçoit pas comment au vu des rapports déposés, un expert pourrait raisonnablement arriver à une telle conclusion.

C'est à tort que dans le jugement dont appel, le Tribunal du travail semble avoir considéré que les séquelles de l'accident du travail ne pourraient être prises en compte pour vérifier si le taux de plus de 66 % est atteint (voy., notamment, C. T. Bruxelles, 05.02.2014, 2009/AB/52.196 ; C. T. Bruxelles, 14.03.2012, R.G. 2010/AB/1107 ; C. T. Bruxelles, 23.02.2012, R.G. 2010/AB/1008,...).

La Cour souscrit néanmoins à la conclusion du jugement, à savoir que dans les circonstances "de très longs écoulements de temps et d'absence de production de pièces qui lui permettraient d'asseoir la conviction qu'un médecin-expert serait encore à même d'apprécier rétroactivement la situation concrète sur base de celles-ci", il y a lieu de considérer que "toute mesure d'expertise médicale est inévitablement vouée à l'échec et qu'il est dès lors inopportun d'y recourir" (avec réf. à C. T. Mons, 07.10.2004, R.G. 17.084).

9. L'appel est donc non fondé.

POUR CES MOTIFS,

LA COUR,

Statuant après un débat contradictoire,

Sur avis conforme du Ministère public,

Dit l'appel recevable mais non fondé,

Pour autant que de besoin, confirme la décision de l'INAMI du 18 novembre 2002 dans toutes ses dispositions,

Confirme le jugement,

Condamne l'INAMI aux dépens d'appel liquidés à 174,94 EUR.

...

III. Tribunal de première instance de Bruxelles (79^e Ch. corr.), 25 avril 2018

Faux en droit pénal social (art. 232 du Code pénal social)
– Certificats de complaisance – Caméra et micro cachés –
Droits de la défense – Régularité de la preuve – Droit à la vie
privée – Secret professionnel

Il est reproché au prévenu d'avoir délivré deux certificats médicaux d'incapacité temporaire et une attestation de soins en vue d'un remboursement par l'assurance soins de santé à deux journalistes, dans le cadre d'un reportage, alors qu'aucune incapacité de travail n'aurait été constatée ni aucun soin donné.

L'usage par ces journalistes de caméra et micro cachés ne constitue pas une provocation policière au sens de l'article 30 du titre préliminaire du Code de procédure pénale.

Les droits de la défense n'ont pas été violés : le prévenu a été informé de ce qui lui était reproché, il a disposé du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense, il a pu être assisté du conseil de son choix, il a eu la possibilité d'introduire toute demande de devoir complémentaire qu'il aurait souhaitée, il a pu contredire les éléments de preuve produits par le ministère public, il a bénéficié de délais de conclusions et du temps de plaidoirie qu'il souhaitait. S'il n'a pas été auditionné par le magistrat instructeur, la loi n'impose toutefois pas cette audition et ne prévoit pas de sanction en l'absence d'une telle audition.

Le reportage des journalistes ne constitue pas une preuve irrégulière au sens de l'article 32 du Code de procédure pénale.

L'enregistrement d'une conversation, à l'insu des participants, n'est pas en soi illicite. Le ministère public peut saisir cet enregistrement aux fins de poursuites pénales (art. 35 du Code d'instruction criminelle).

La Cour européenne des droits de l'homme a validé le recours au procédé de la caméra cachée lorsque la teneur du reportage porte sur des sujets présentant un intérêt général majeur, comme une enquête sur des infractions graves présumées.

Informers le citoyen quant à la suspicion de l'établissement régulier de "certificats de complaisance" au préjudice d'un employeur, de l'enseignement obligatoire et de l'assurance maladie invalidité présente un intérêt général.

Le droit à la vie privée et familiale n'est pas absolu.

L'article 458 du Code pénal n'interdit pas l'enregistrement d'une conversation ayant lieu dans le cabinet d'une personne tenue par le secret professionnel.

Le reportage diffusé ne mentionne nullement le nom du prévenu et son visage a été pixellisé. Le secret professionnel doit sauvegarder les droits du patient et non du médecin praticien.

Les reportages soumis à l'appréciation du tribunal font ressortir l'extrême brièveté de l'entretien entre les journalistes et le prévenu, qui répond sur le champ positivement à la demande de certificat médical de complaisance.

Il ne s'agit pas d'une simple négligence mais de l'élaboration en connaissance de cause de documents contraires à la réalité dans le but de tromper les tiers.

La responsabilité pénale du prévenu est établie même si les certificats n'ont pas été utilisés pour tromper l'employeur des journalistes, ni l'attestation de soin pour obtenir un remboursement indu.

Pour qu'il y ait faux en écritures, il suffit qu'un préjudice ait été possible et inhérent à l'acte altéré, sans qu'il soit requis qu'un dommage ait été effectivement causé.

Le prévenu, en sa qualité de médecin prescripteur, est censé disposer du libre arbitre suffisant pour refuser l'établissement d'un faux en écritures.

N° de greffe : 02461

...

A. Au pénal

1. Les préventions

A. LES FAITS

Le prévenu, docteur en médecine, est poursuivi pour différents faux en droit pénal social, à savoir, plus précisément, pour avoir établi et délivré deux certificats médicaux d'incapacité temporaire de travailler ainsi qu'une attestation de soins en vue d'un remboursement dans le cadre de l'assurance maladie soins de santé, alors qu'aucune incapacité de travail n'aurait été constatée ni aucun soin donné.

En réalité, les deux personnes bénéficiaires de ces documents sont journalistes et se sont présentées à la consultation médicale du prévenu dans le cadre d'un reportage d'enquête télévisée et effectuée par micro et caméra cachés.

Ces reportages tendaient à dénoncer la possibilité d'obtenir un certificat médical de complaisance pour la somme de cinq EUR auprès d'un praticien généraliste bruxellois.

Le sujet du reportage avait été inspiré par le fait que différentes écoles bruxelloises se seraient plaintes de ce qu'un grand nombre de certificats émanaient d'un même médecin généraliste, dont le nom semblait circuler comme désignant un praticien, qui aurait été réputé pour délivrer des certificats médicaux de complaisance contre la somme de cinq EUR.

Les deux journalistes, faisant état de plaintes imaginaires, ont chacun obtenu un certificat médical. Un journaliste a payé la somme de cinq EUR sans qu'une attestation de soin ne lui soit délivrée, l'autre a déboursé un montant plus élevé avec délivrance d'une attestation de soin.

Il n'est pas contesté que le remboursement de cette attestation de soin n'a pas été sollicité et que l'INAMI n'a donc déboursé aucune somme indu de ce chef.

B. SUR LA VALIDITÉ DES CONCLUSIONS DÉPOSÉES AU NOM DU PRÉVENU

À l'audience du 19 octobre 2017, le tribunal a, à la demande des parties, établi un calendrier d'échanges de conclusions en application de l'article 152 du Code d'instruction criminelle.

Cette disposition du Code d'instruction criminelle prévoit que les conclusions à déposer doivent répondre aux formes des articles 743 et 744 du Code judiciaire.

L'article 744 du Code judiciaire prévoit que :

"Les conclusions contiennent également, successivement et expressément :

- 1° l'exposé des faits pertinents pour la solution du litige ;*
- 2° les prétentions du concluant ;*
- 3° les moyens invoqués à l'appui de la demande ou de la défense, le cas échéant en numérotant les différents moyens et en indiquant le caractère principal ou subsidiaire ;*
- 4° la demande quant au dispositif du jugement, le cas échéant en indiquant le caractère principal ou subsidiaire de ses différentes branches."*

Selon l'exposé des motifs, les moyens visent tant les moyens de fait que de droit et doivent, en cas de pluralité de moyens, être numérotés, les *"prétentions du concluant"* sont ce à quoi le concluant estime avoir droit, tandis que *"la demande quant au dispositif du jugement"* est ce qu'il demande au juge de décider¹.

"Si une partie néglige de structurer ses moyens conformément à l'article 744 du Code judiciaire, le tribunal n'est pas tenu d'y répondre²".

Cette sanction, prévue à l'article 780, alinéa 1^{er}, 3^o, du Code judiciaire, ne distingue pas selon les éléments visés à l'article 744, alinéa 1^{er}, de sorte qu'elle s'applique également à l'absence de numérotation des moyens³.

L'écrit de procédure déposé au greffe le 8 décembre 2017 au nom du prévenu et signé par son conseil contrevient à ces règles dès lors que les *"prétentions du concluant"* ne sont pas mentionnées, les moyens invoqués ne sont ni numérotés, ni présentés en indiquant leur caractère principal ou subsidiaire.

Le tribunal constate par ailleurs que le développement des conclusions poursuit une logique autre que le dispositif en inversant apparemment le raisonnement et que différents moyens semblent être défendus simultanément.

L'auditorat n'a pu que suivre en réponse la présentation par le prévenu de différents arguments.

Cet écrit de procédure du prévenu ne vaut dès lors pas conclusions au sens de l'article 152 du Code d'instruction criminelle.

Le tribunal n'a donc en soi aucune obligation d'y répondre, comme l'a voulu le législateur par l'adoption de la loi pot-pourri I.

Néanmoins, si le tribunal n'est pas tenu de répondre aux arguments soulevés par le prévenu dans son écrit intitulé *"conclusions"*, il lui appartient *"de trancher le litige conformément à la règle de droit qui lui est applicable. Il a l'obligation en respectant les droits de la défense, de relever d'office les moyens de droit dont l'application est commandée par les faits spécialement invoqués par les parties au soutien de leurs prétentions⁴".*

1. Exposé des motifs, Doc. parl., n° 1219/001, 10 et 12.

2. Exposé des motifs, Doc. Parl., n° 1219/001, 19.

3. G. de LEVAL, J. van COMPERNOLLE et F. GEORGES, "La loi du 19.10.2015 modifiant le droit de la procédure civile et portant des dispositions diverses en matière de justice", J.T., 2015, 792 : La question a été expressément posée lors des auditions organisées devant la Commission de la justice de la Chambre (voy. ainsi rapport, p. 159).

4. Cass., 14.04.2005, Pas., 2005, 862, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

Le tribunal examinera dès lors successivement les arguments qu'il a pu individualiser et suivra le raisonnement tenu dans le dispositif des conclusions.

C. SUR LA RECEVABILITÉ DES POURSUITES

c.1. Sur la recevabilité des poursuites de manière générale

Le prévenu estime que les poursuites doivent être déclarées irrecevables en raison d'une violation caractérisée et insurmontable du droit à un procès équitable (violation des droits de la défense, irrespect du délai raisonnable, déloyauté dans la récolte de la preuve, défaut d'impartialité de l'instruction).

Le caractère équitable d'un procès au sens de l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales doit s'apprécier sur l'ensemble d'un procès.

Or, le prévenu se plaint de vices lors de la phase préparatoire du procès, sans démontrer pour autant que le procès qu'il a eu devant la juridiction de jugement aurait également manqué d'équité.

Par ailleurs, il semble retenir que les règles du procès équitable auraient été violées au stade de l'enquête, dès lors que :

- les poursuites auraient été initiées suite à la provocation d'un tiers
- l'enquête aurait été réalisée uniquement à charge à défaut d'inculpation, d'audition par le juge d'instruction et de saisie des reportages pour objectiver ses dires
- son dossier disciplinaire aurait été saisi et contiendrait des déclarations auto-incriminantes.

c.2. Sur la provocation

Tout en se plaignant de la provocation qui serait le fait des journalistes pour avoir procédé par voie de caméra et micro cachés, le prévenu semble invoquer la seule provocation policière, au sens donc de l'article 30 du titre préliminaire du Code de procédure pénale, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Le prévenu semble, du reste, placer le débat de la provocation sur la pertinence de la preuve constituée par le reportage des journalistes. Ceci est une question de fondement des préventions, qui sera éventuellement examiné plus avant dans le raisonnement, et non de recevabilité des poursuites.

Le prévenu semble également se plaindre à ce titre mais sans expliciter en quoi, d'une atteinte de ses droits de défense.

En l'espèce, rien ne permet de conclure que le prescrit de l'article 6.3 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales aurait été violé.

En effet, le prévenu a été informé de ce qui lui était reproché dans le respect de l'emploi des langues en matière judiciaire et il a disposé du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense. Il a pu être assisté du conseil de son choix et pouvait introduire toute demande de devoir complémentaire qu'il aurait souhaitée, fût-ce devant la Chambre du conseil ou la juridiction de jugement, ce qu'il s'est abstenu de faire.

Il a pu contredire les éléments de preuve produits par le ministère public.

Il a pu ainsi, y compris devant la juridiction de jugement, bénéficier de délais de conclusions et a bénéficié du temps de plaidoirie qu'il a souhaité.

Ses droits de défense n'ont donc pas été violés.

c.3. Absence d'inculpation et d'audition par le juge d'instruction

La loi n'impose pas l'audition par le magistrat instructeur et ne prévoit aucune sanction au défaut d'inculpation, ni partant l'irrecevabilité des poursuites⁵.

Le fait de ne pas avoir été inculpé ne signifie pas en soi que l'enquête aurait été menée à charge. Cette seule circonstance ne démontre pas la déloyauté du magistrat instructeur.

En outre, le prévenu a été auditionné lors de l'enquête. Il a été également longuement entendu par le tribunal lors des débats.

Il a pu dès lors librement et amplement exercer ses droits de défense, comme déjà indiqué.

Aucune autre cause qui induirait la partialité du magistrat instructeur n'a pu être mise en évidence et ne saurait dès lors être retenue en l'espèce.

c.4. Sur l'absence de saisies des reportages à la base des poursuites

Le prévenu se plaint encore de ce que le reportage audio et le reportage vidéo qui ont servi à l'émission télévisée et qui sont les éléments de preuve sur lesquels se base le ministère public n'auraient pas été saisis dans le cadre de l'enquête.

Cet argument apparaît sans objet puisque ces reportages figurent parmi les pièces à conviction et tant le reportage audio que le reportage vidéo ont été diffusés à l'audience de débats par le ministère public.

Cet argument est donc sans pertinence.

c.5. Sur la saisie du dossier disciplinaire et des déclarations auto-incriminantes qu'il contiendrait

La régularité de l'éventuelle production et utilisation de ces pièces sera traitée en même temps que la régularité de la preuve en général, lorsque le fond du dossier sera éventuellement examiné.

c.6. Sur le délai raisonnable examiné au stade de la recevabilité des poursuites

En règle, le dépassement du délai raisonnable pour être jugé n'entraîne pas l'irrecevabilité des poursuites.

Aucun autre argument n'a été individualisé à l'appui de cette thèse.

La question de l'éventuel dépassement du délai raisonnable pour être jugé sera dès lors examinée, le cas échéant, si des peines devaient être établies.

D. SUR LA RÉGULARITÉ DES PREUVES

d.1. En ce qui concerne les reportages de la RTBF

Le prévenu allègue que les reportages constituent une preuve irrégulière au sens de l'article 32 du titre préliminaire du Code de procédure pénale et qu'en conséquence, il doit être acquitté des préventions mises à sa charge.

5. Cass., 17.10.2006, P060829N ; P060860N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

L'article 32 du titre préliminaire du Code de procédure pénale prévoit que :

“La nullité d'un élément de preuve obtenu irrégulièrement n'est décidée que si :

- *le respect des conditions formelles concernées est prescrit à peine de nullité ou*
- *l'irrégularité commise a entaché la fiabilité de la preuve, ou*
- *l'usage de la preuve est contraire au droit à un procès équitable.”*

Le prévenu estime que les reportages auraient été obtenus en violant sa vie privée et familiale au sens de l'article 22 de la Constitution lu en combinaison avec l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales et de l'article 7 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Le seul fait d'enregistrer une conversation à laquelle on participe même à l'insu des autres participants n'est pas en soi illicite⁶. L'usage peut toutefois l'être et est soumis à l'appréciation du juge. En l'occurrence, ce qui est reproché ce n'est pas l'usage par la diffusion des reportages mais bien la saisie et la production en justice par le ministère public.

Or, le ministère public peut parfaitement saisir de tels enregistrements à des fins de poursuites pénales en vertu de l'article 35 du Code d'instruction criminelle.

En outre, le recours à un procédé de caméra cachée a été validé par la Cour européenne des droits de l'homme au regard de l'article 10 de la Convention de sauvegarde, qui protège la liberté de la presse, lorsque la teneur du reportage porte sur des sujets présentant un intérêt général majeur, tout comme une enquête sur des infractions pénales graves présumées⁷. Le fait de suspecter l'établissement régulier de faux en écritures par une personne assermentée, pouvant porter préjudice non seulement aux employeurs, mais également à l'enseignement obligatoire et à l'assurance maladie-invalidité présente un intérêt général pour le citoyen lambda d'être informé à ce propos.

De plus, rien n'indique -et le prévenu ne le défend pas du reste- qu'il y aurait là matière à des règles de formes prescrites à peine de nullité. L'inverse a, au contraire, été rappelé par la Cour de cassation dans son arrêt du 16 novembre 2004, suite aux conclusions conformes de l'avocat général Duinslaeger⁸.

L'argument tiré de l'article 32 du titre préliminaire du Code de procédure pénale peut donc tout au plus être proposé au regard de la fiabilité de la preuve ou du respect du droit à un procès équitable.

Le fait de recourir en soi au procédé de caméra cachée ne porte pas atteinte à la fiabilité de la preuve. En effet, aucun motif ne permet de considérer que l'on ne pourrait apporter foi aux reportages. Il s'agit bien d'une séquence non interrompue, ce qui se comprend dans le dialogue en continu. Le fait que le prévenu ignorait qu'il était enregistré ajoute au contraire à la crédibilité du contenu.

En ce qui concerne le respect du procès équitable, comme déjà indiqué, cette notion doit s'apprécier sur l'ensemble de la procédure.

6. Cass., 16.11.2004, P040644N, www.jure.juridat.just.fgov.be.

7. CEDH, 08.12.2005, Nordisk Film & TV A/S c/ Danemark, n° 40485/02, <https://www.echr.coe.in>.

8. P040644N, www.jure.juridat.just.fgov.be.

Pour le surplus, comme l'enseigne la Cour de cassation dans son arrêt du 16 novembre 2014 déjà cité⁹, le droit à la vie privée et familiale n'est pas absolu. Il ne résulte en effet ni de l'article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales qui garantit un procès équitable, ni de l'article 8 de cette même convention qui garantit le droit au respect de la vie privée et familiale, du domicile et de la correspondance, ni d'aucune disposition constitutionnelle ou légale que la preuve qui a été obtenue en violation d'un des droits fondamentaux garanti par cette convention ou par la Constitution est toujours inadmissible.

Certes, la Cour européenne des droits de l'homme considère en règle que l'usage d'une technique aussi intrusive et aussi attentatoire à la vie privée que celle de la caméra cachée doit en principe être restreint. Néanmoins, cette Cour reconnaît aussi que des moyens d'investigation secrets peuvent être importants pour l'élaboration de certains types de reportage comme déjà indiqué. Toutefois, elle insiste pour que cet outil soit utilisé dans le respect des règles déontologiques et en faisant preuve de retenue, notamment en floutant l'intéressé¹⁰.

La Cour de cassation a adopté le même enseignement, lorsqu'elle a considéré dans son arrêt du 17 novembre 2015, que pour apprécier si l'utilisation d'un enregistrement secret constitue une atteinte à l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, le juge doit tenir compte de la teneur de la conversation, des circonstances dans lesquelles cette conversation a eu lieu, de la qualité des participants et de la qualité du destinataire de l'enregistrement, tout en précisant que le fait qu'un des participants soit tenu par le secret professionnel pénalement sanctionné par l'article 458 du Code pénal n'interdit pas l'enregistrement d'une conversation ayant lieu dans le cabinet de la personne tenue par le secret professionnel¹¹.

Même s'il fallait considérer que la consultation publique à des heures déterminées, sans prise de rendez-vous préalable, d'un médecin généraliste relève de sa vie privée et familiale, il n'en reste pas moins que les reportages, qui ont été diffusés à l'audience de débats ne mentionnent nullement le nom du prévenu et que son visage a été pixellisé. Le nom du médecin n'a été cité à aucun moment par un des deux journalistes. Sauf à reconnaître le fouillis qui caractérise le cabinet médical du prévenu, le tribunal n'a vu ni entendu aucun indice qui permettrait d'identifier le prévenu à travers les reportages qui lui ont été soumis.

Le secret professionnel en l'espèce doit sauvegarder les droits du patient et non du médecin praticien.

Le prévenu a, comme déjà indiqué, pu contredire longuement les preuves avancées par le Ministère public et les reportages en particulier.

Il n'y a aucune atteinte dans les circonstances de l'espèce au procès équitable.

d.2. Sur le dossier disciplinaire de l'INAMI

Les articles 6, § 1^{er} et 6, § 3, c) de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales s'appliquent à une procédure disciplinaire en matière de faits qui peuvent donner lieu à des sanctions qui, eu égard à leur nature, à leur sérieux et à leur gravité doivent être considérées comme une sanction pénale au sens de l'article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, comme l'a rappelé la Cour de cassation¹².

9. Cass., 16.11.2014, loc.cit.

10. CEDH., 13.10.2015, *Bremner c/ Turquie*, n° 37428/06, <https://www.echr.coe.in>.

11. Cass., 17.11.2015, P.15.0880.N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

12. Cass. 16.11.2012, D.11.0021.N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

L'article 47bis du Code d'instruction criminelle qui emporte d'autres droits pour la personne interrogée a été introduit par la loi du 21 novembre 2016 relative à certains droits des personnes soumises à un interrogatoire et donc postérieurement à l'audition du prévenu par l'INAMI. Ils ne pouvaient dès lors être anticipés par les enquêteurs de cette institution.

De toute manière, le tribunal ne tiendra aucun compte des déclarations du prévenu reproduites dans le rapport du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI du 7 août 2012¹³ ainsi que dans le rapport d'expertise judiciaire¹⁴, dès lors qu'il ne ressort pas du premier de ces rapports que le prévenu a pu se faire assister d'un avocat lors de son audition, conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation mentionnée ci-dessus.

Ceci ne vaut toutefois que pour les déclarations à proprement parler du prévenu.

En revanche, le tribunal tiendra compte des autres éléments constatés ou renseignés dans ces rapports.

E. SUR LES PRÉVENTIONS

Les reportages soumis à l'appréciation du tribunal font ressortir l'extrême brièveté de l'entretien entre les journalistes et le médecin prévenu, qui répond sur-le-champ positivement à la demande de certificat médical de complaisance formulée par les journalistes en des termes directs et clairs, totalement dépourvus d'ambiguïté.

Ceci est confirmé par le rapport d'expertise judiciaire qui relève que *“Dans aucune des deux fiches médicales, on ne retrouve les traces d'un examen clinique ou d'une anamnèse approfondie alors que le Dr ... précise lui-même, dans un courrier adressé à l'ordre des médecins, que c'était la première fois qu'il voyait ces patients. De manière générale, lors d'une première consultation, le médecin se soumet à l'étude des antécédents médico-chirurgicaux de son nouveau patient et du traitement déjà en cours. Cela ne semble pas avoir été le cas dans la situation présente”*.

Ceci corrobore le contenu des reportages.

Il ne s'agit pas d'une simple négligence, mais bien de l'élaboration en connaissance de cause de documents qui sont contraires à la réalité et qui ont pour but de tromper des tiers.

Un médecin en rédigeant de faux certificats et attestations de soin a parfaitement conscience et décide sciemment de permettre au bénéficiaire de ces documents de s'en prévaloir pour obtenir indûment un congé ou d'autres droits et un éventuel remboursement.

Le fait que les certificats n'ont pas été utilisés pour tromper l'employeur des journalistes, ni l'attestation de soin pour obtenir un remboursement indu, n'est pas éliminatoire de la responsabilité pénale du prévenu.

En effet, pour qu'il y ait faux en écritures, fût-ce en matière de droit pénal social, il suffit qu'un préjudice ait été possible et inhérent à l'acte altéré, sans qu'il soit requis qu'un dommage ait effectivement été causé.

Du reste, le prévenu ignorait au moment où il les a établis que les documents qu'il rédigeait ne seraient pas utilisés. Dans son esprit, au contraire, ces documents allaient être employés.

13. Chemise 8, pièce 11, annexe 1.

14. Chemise 12.

Si une personne sollicite l'établissement d'un faux en écritures auprès d'un médecin prescripteur, celui-ci est censé disposer du libre arbitre suffisant pour refuser, sachant parfaitement qu'un faux est punissable pénalement. Le fait qu'il y ait eu recours à une caméra et à un micro cachés ne modifie pas l'analyse.

Le fait que d'autres certificats, qui sont mentionnés dans le cadre de l'enquête, mais qui ne sont pas visés en prévention et dont le tribunal n'est pas saisi, présentent également des anomalies vient conforter la teneur des reportages précités¹⁵. En outre, le rapport d'expertise judiciaire¹⁶ mentionne des problèmes concernant encore d'autres certificats médicaux dont le tribunal n'est pas davantage saisi. Le tout laisse apparaître cependant une pratique bien réelle chez le prévenu d'émettre des certificats de complaisance, avec, le cas échéant, la délivrance d'attestations de soin.

L'excuse de provocation, qui semble être implicitement invoquée, comme déjà indiqué ci-dessus au stade de la recevabilité des poursuites, ne saurait être retenue.

En effet, comme l'a rappelé la Cour de cassation¹⁷, *"la légitime défense ou la provocation, invoquées à titre subsidiaire par le demandeur devant les juges d'appel, supposent que les infractions susceptibles d'être justifiées ou excusées aient été commises avec l'intention d'attenter à la personne d'autrui"*.

Ceci n'est pas le cas en l'espèce.

Les préventions telles que libellées seront déclarées établies.

2. Les sanctions

2.1. LE DÉLAI RAISONNABLE POUR ÊTRE JUGÉ

Le prévenu estime qu'il est jugé dans un délai déraisonnable dès lors que les faits remontent au 23 février 2012.

La plainte initiale a été reçue par l'office du procureur du Roi le 2 mars 2012 et transmise à l'auditorat du travail le 15 mars 2012.

Si les infractions ne sont pas en soi complexes, la nécessité de mettre le dossier à l'instruction et la qualité de personne assermentée couverte par le secret professionnel a engendré en partie le retard qu'a pris ce dossier, puisqu'il a fallu deux ans pour obtenir de l'expert judiciaire son rapport concernant le dossier du prévenu auprès de l'Ordre des médecins.

Le dernier acte d'enquête date du 18 août 2015 et le dossier a immédiatement été communiqué le 24 du même mois. Sans doute le délai de près de dix mois que l'auditorat a pris pour tracer son réquisitoire le 9 mai 2016 apparaît trop long, vu l'absence de complexité des faits.

Ce délai ne vient que s'ajouter aux différents attermoissements de l'enquête et au long délai qu'il a fallu pour obtenir une première fixation en Chambre du conseil le 23 mars 2017, soit plus de dix mois après le réquisitoire, pour une affaire sans détenu certes, et partant non prioritaire, mais ne présentant toutefois aucune complexité.

L'ordonnance de renvoi date du 20 avril 2017.

L'affaire a été fixée devant le tribunal le 19 octobre 2017, mais en vertu de l'article 152 du Code d'instruction criminelle, le prévenu a sollicité le droit de conclure. Le traitement de l'affaire dans un délai d'un peu plus de six mois peut être considéré comme correct.

15. Chemise 13. Pièce 24.

16. Conclusions du rapport, loc.cit.

17. Cass., 03.03.1999, n° P981042F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>

Toutefois, l'addition des différents retards observés peut, en l'espèce, être considérée comme ayant engendré un dépassement du délai raisonnable pour être jugé.

Les conséquences de ce dépassement seront examinées ci-dessous.

2.2. LES SANCTIONS PROPREMENT DITES

Les faits des préventions A1, A2 et A3 retenus à charge du prévenu constituent un délit collectif par unité d'intention à ne sanctionner que par une seule peine conformément à l'article 65 du Code pénal.

Le prévenu a sollicité, à titre subsidiaire à sa demande d'acquittement, la suspension simple du prononcé, à laquelle le ministère public ne s'oppose pas.

Le prévenu est en incapacité de travail depuis le 11 février 2018¹⁸.

Il n'a pas d'antécédents judiciaires.

Toutefois, si l'article 21^{ter} du titre préliminaire du Code de procédure pénale, sanctionnant le dépassement du délai raisonnable pour être jugé, autorise le tribunal à accorder une suspension simple du prononcé ou une simple déclaration de culpabilité, le tribunal n'y est pas tenu et peut, conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation, prononcer des peines pour autant qu'elles soient sensiblement inférieures à celles que le tribunal aurait prononcées en l'absence de dépassement dudit délai raisonnable. Le tribunal peut également aller en-deçà du minimum légal de la fourchette de peines applicables aux infractions déclarées établies.

En règle, la suspension, surtout simple, du prononcé de la condamnation reste une mesure de faveur qui présuppose que le prévenu a compris la portée de ses actes.

Même si le prévenu ne peut être préjudicié d'avoir choisi comme stratégie de défense de solliciter son acquittement à titre principal, il n'en reste pas moins que, au-delà de la dénégation des faits, le tribunal retiendra que le prévenu s'est avant tout posé en victime à l'audience de débats et, ce faisant, a montré que non seulement, il n'y avait dans son chef aucun amendement ou prise de responsabilité, mais qu'il semblait ne pas concevoir qu'il soit illicite d'émettre des certificats médicaux de complaisance. Ceci interpelle vivement le tribunal.

Il ne paraît pas opportun dans ces circonstances de faire droit à la demande du prévenu.

Aucune autre demande n'a été formulée.

Ce sont des sanctions de niveau 4 au sens de l'article 101 du Code pénal social qui trouvent à s'appliquer.

En raison du dépassement du délai raisonnable, la peine d'emprisonnement sera très nettement inférieure au minimum légal. La peine d'amende sera sensiblement réduite par rapport à ce que le tribunal aurait prononcé comme peine d'amende dans l'hypothèse où il n'y aurait eu aucun retard pour être jugé.

Le tribunal accordera la mesure du sursis dans la mesure prévue au dispositif en ce qui concerne la peine d'emprisonnement, dès lors que le prévenu se trouve dans les conditions légales pour bénéficier d'une telle mesure et que la peine d'emprisonnement n'apparaît pas opportune en l'espèce.

La peine d'amende restera ferme, pour éviter tout sentiment d'impunité dans le chef du prévenu.

18. Pièce déposée à l'audience du 01.03.2018.

B. Au civil

En application de l'article 4 du titre préliminaire du Code de procédure pénale, le tribunal doit réserver d'office les intérêts civils en ce qui concerne les demandes d'éventuelles parties civiles, la cause n'étant pas en état quant à ce.

Le tribunal a appliqué notamment les dispositions légales suivantes :

Les articles 40, 65 et 100 du Code pénal ;

Les articles 101, 102 et 232-1^o, a) du Code pénal social ;

L'article 21^{ter} du titre préliminaire du Code de procédure pénale ;

La loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire ;

L'article 29 de la loi du 1^{er} août 1985 et l'arrêté royal du 18 décembre 1986 portant des mesures fiscales et autres ;

L'article 91 du règlement général sur les frais de justice en matière répressive (A.R. du 28.12.1950) ;

L'arrêté royal du 26 avril 2017 portant exécution de la loi du 19 mars 2017 ;

POUR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL,

statuant contradictoirement,

...

IV. Tribunal du travail francophone de Bruxelles, 9^e Chambre, 26 avril 2018

Refus de dispense en frais d'administration – Irrecevabilité
– Pas de cause de suspension – Pas d'application de règlement européen

Les difficultés particulières de recouvrement lorsque le débiteur de l'indu se trouve à l'étranger sont envisagées par circulaire et une collaboration administrative avec les organismes assureurs de liaison étranger est suggérée aux organismes assureurs. Si l'organisme assureur de liaison étranger répond positivement à la demande d'information de l'organisme assureur, ce dernier doit alors entreprendre toutes les démarches nécessaires à la récupération de l'indu endéans les deux ans et ne peut, dès lors, pas reprocher à l'INAMI son inertie à répondre. En l'absence de cause de suspension du délai de récupération de deux ans (art. 326 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé) et l'organisme assureur ne répondant pas aux conditions de l'article 327 de l'arrêté royal précité, la demande de dispense en frais d'administration était, en l'espèce, bien tardive et irrecevable.

R.G. 17/1532/A

O.A. c./INAMI

...

II. L'objet de la demande de l'O.A.

Aux termes de ses conclusions du 26 juillet 2017, l'O.A. demande au tribunal de :

- dire pour droit que sa demande d'inscription en frais administratifs a été introduite dans les délais légaux et que les conditions de cette dispense sont remplies
- condamner l'INAMI à l'autoriser à ne pas inscrire la somme de 923,34 EUR à titre de frais administratifs.

La condamnation aux dépens est également demandée.

III. Les faits et antécédents de la procédure

1.

L'O.A. indemnise son affiliée, Madame ... pour incapacité de travail du 10 mai au 16 juin 2010.

Cette affiliée reprend le travail à partir du 10 mai 2010.

Par une requête du 3 octobre 2011, l'O.A. introduit une procédure devant le tribunal de céans. L'affaire est fixée à l'audience publique du 19 avril 2012.

Par un jugement rendu par défaut le 14 juin 2012, le tribunal condamne Madame ... à payer à l'O.A. la somme de 923,34 EUR à titre d'indemnités versées indûment.

2.

Selon les informations dont dispose l'O.A., Madame ... réside à S. en France.

Le 20 septembre 2012, l'O.A. s'informe auprès de son conseil (en Belgique) pour connaître le coût d'une procédure d'*exequatur* à l'étranger.

Elle adresse un rappel courant avril 2013 auquel son conseil répond le 8 mai 2013 ce qui suit :

"[...] En l'espèce, l'affilié semble résider en France. Il n'y a pas de registre national pour déterminer précisément le lieu de domicile.

En France la procédure d'exequatur se déroule devant un juge du Tribunal de grande instance (TGI en abrégé). Le juge vérifie la régularité du jugement belge et notamment que le jugement est exécutoire dans son pays d'origine et que la procédure suivie respecte les droits de la défense...

Le principe en France est qu'un jugement relatif aux biens nécessite une procédure d'exequatur et l'intervention d'un avocat (ex. : un jugement étranger condamne une personne résidant en France au paiement d'une somme d'argent, ce qui est le cas en l'espèce).



Exceptions : le jugement étranger relatif aux biens et provenant des États membres de l'Union européenne (Danemark excepté mais donc la Belgique compris) produit ses effets en France sans *exequatur*.

Pour pouvoir exécuter ce jugement, il existe une procédure simplifiée appelée *constatation de la force exécutoire* (sur pied de l'art. 509-2 du code de procédure civil français). Il faut présenter une requête au greffier en chef du TGI concerné. Le recours à un avocat n'est pas obligatoire.

Parmi les conditions, il faut que la requête soit accompagnée entre autre :

- d'un certificat délivré par l'autorité compétente de l'État membre d'origine (la Belgique)
- comme la décision en cause a été rendue par défaut, il faut l'original ou la copie certifiée conforme du document établissant que l'acte introductif d'instance ou un acte équivalent a été signifié ou notifié à la partie défaillante (l'affilié), ou de tout autre document démontrant l'acceptation non équivoque du défaillant ...

Suivant vos renseignements, l'affilié réside à S. (Alpes-de-Haute-Provence département du "04") : cette commune est rattachée à la compétence territoriale du TGI de Digne-les Bains [...].

3.

Le 17 mai 2013, l'O.A. s'adresse au Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) à Paris lui demandant, d'une part, de vérifier l'adresse de Madame ... à S. et, le cas échéant, de lui communiquer l'adresse correcte et, d'autre part, de lui indiquer si celle-ci travaille et/ou perçoit des revenus.

Le 19 juin 2013, le CLEISS transmet la demande d'information à la Caisse primaire d'assurance maladie de Digne-les-Bains.

Le 8 juillet 2013, le CLEISS reçoit la réponse de ladite caisse primaire qui confirme l'adresse connue de Madame ... et indique que celle-ci "semble avoir une activité salariée" sans préciser qu'elle serait l'employeur.

4.

Le 18 juin 2014, l'O.A. demande à l'INAMI de "bien vouloir, dans le cadre de la collaboration administrative, intenter toute action en vue de la récupération de [la somme litigieuse] par l'intermédiaire des instances compétentes en application de la circulaire O.A. n° 65/64 du 14 avril 1965".

Des rappels sont adressés le 28 janvier, 19 mars, 1^{er} juin, 4 septembre et 18 décembre 2015.

Il semble que l'INAMI n'ait pas réagi.

5.

Le 2 mars 2016, l'O.A. introduit auprès de l'INAMI une demande de dispense d'inscription en frais d'administration de la somme de 923,34 EUR non récupérée auprès de son affiliée.

6.

Le 12 janvier 2017, l'INAMI déclare la demande irrecevable pour cause de tardiveté.

La décision est motivée comme suit :

"La dispense d'inscription en frais d'administration peut être accordée si les conditions de l'article 327 [de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, le 14.07.1994] sont remplies.

En application de l'article 326, § 1^{er}, c), la récupération des prestations payées indûment est effectuée par l'organisme assureur dans un délai de deux ans à partir de la date du prononcé de la décision judiciaire définitive – dans le cas d'espèce, le 14 juin 2012. Le délai de récupération couvrirait donc jusqu'au 13 juin 2014.

Par ailleurs aucun élément du dossier ne vient démontrer l'existence d'une quelconque cause de suspension du délai.

Or en application, de l'article 327, § 4, sous peine d'irrecevabilité de la demande, l'organisme assureur doit introduire la demande par lettre recommandée à la poste avant la fin d'un délai de six mois suivant l'expiration du délai de récupération.

Il résulte que de la demande introduite le 2 mars 2016 (date du cachet de la poste) est irrecevable car tardive.

Il ressort de ce qui précède que le montant de 923,34 EUR doit être amorti par son inscription en frais d'administration."

IV. La discussion

1° Dispositions légales et principes applicables

1.

L'article 194, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 dispose ce qui suit :

"Sont considérées comme frais d'administration les dépenses qu'entraîne l'application de la présente loi coordonnée, à l'exclusion des dépenses qui correspondent au montant :

[...] b) des prestations indûment payées dont la non-récupération a été admise comme justifiée dans les conditions et selon les modalités fixées par le Roi. [...]"

2.

Lesdites conditions et modalités sont fixées aux articles 325, 326 et 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités.

Selon l'article 325 de l'arrêté royal, "L'organisme assureur inscrit le montant des prestations payées indûment dans un compte spécial [...] d) dès qu'il a connaissance de la décision judiciaire définitive par laquelle un remboursement ou dédommagement définitif ou à titre provisionnel lui est accordé".

Selon l'article 326, § 1^{er}, "La récupération des prestations payées indûment est effectuée par l'organisme assureur dans un délai de deux ans à partir de la date [...] c) du prononcé de la décision judiciaire définitive pour les cas visés à l'article 325, c) et d)".

L'article 326, § 2 énumère ensuite 11 causes de suspension du délai de deux ans :

"§ 2. Le délai visé au § 1^{er} est suspendu :

a) à partir de la date de l'acte introductif d'instance visant à obtenir une décision judiciaire définitive, jusqu'à la date de la décision judiciaire définitive ou jusqu'au désistement d'instance ;

b) à partir de la date de la décision judiciaire définitive qui octroie des termes et délais au débiteur, jusqu'à l'échéance fixée par le juge.

La suspension prend fin si le débiteur ne respecte pas les termes et délais octroyés par le juge ;

c) à partir du premier paiement effectué en exécution de la convention établie entre l'organisme assureur et le débiteur pour le remboursement des prestations indues, jusqu'à l'échéance fixée par cette convention.

La suspension prend fin si le débiteur ne respecte pas les termes de la convention.

La convention visée au premier alinéa, doit être approuvée par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif, s'il s'agit d'indemnités d'incapacité de travail et si elle est conclue pour une durée qui excède de cinq ans le délai visé au § 1^{er} ;

d) à partir de la date de la première retenue opérée d'office sur des revenus de remplacement ou la pension de retraite, en application de l'article 1410, § 4, du code judiciaire, jusqu'au moment où cessent les retenues ;

e) à partir de la date à laquelle l'huissier démarre la procédure de recouvrement, jusqu'à la clôture de la procédure ;

f) à partir de la date d'introduction de la demande de renonciation à la récupération de l'indu en application de l'article 101, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée, jusqu'à la décision du Comité de gestion du Service des indemnités ;

g) à partir de la date d'introduction de la demande de renonciation à la récupération de montants payés indûment en application de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social, jusqu'à la décision du Comité de l'assurance du Service des soins de santé ou du Comité de gestion du Service des indemnités ;

h) pour une période de deux ans à partir de la date du décès de l'assuré.

Si la succession est acceptée sous bénéfice d'inventaire endéans ce délai de deux ans, la suspension prend fin le jour de la clôture de l'inventaire, même si celui-ci se produit avant la fin des deux ans. Si la clôture se produit après la fin des deux ans, la période de suspension sera prolongée jusqu'à cette date.

Si la succession est déclarée vacante et qu'un curateur à succession vacante a été désigné endéans ce délai de deux ans, la suspension prend fin lors de clôture de la succession par le curateur à succession vacante, même si celle-ci a lieu avant la fin des deux ans. Si la succession se clôture après la fin des deux ans, la période de suspension sera prolongée jusqu'à la date de la clôture ;

i) à partir de la date d'ouverture de la procédure de réorganisation judiciaire ou de faillite jusqu'à la clôture de la décision de la réorganisation judiciaire ou de la faillite ;

j) à partir de la date de la décision d'admissibilité de la requête en règlement collectif de dettes, jusqu'au rejet, au terme ou à la révocation du plan de règlement amiable visé à l'article 1675/10 du Code judiciaire ou du plan de règlement judiciaire visé à l'article 1675/11 du Code judiciaire ;

k) à partir de la date de l'introduction de la demande d'*exequatur* jusqu'à la date de la décision dont l'*exequatur* est demandé".

3.

À l'expiration du délai de deux ans, éventuellement suspendu par l'une des causes précitées, l'organisme assureur, s'il n'a pas obtenu le remboursement de l'indu, le prend en charge en l'inscrivant dans ses frais d'administration.

Il peut néanmoins obtenir une dispense dans les conditions strictement définies par l'article 327 de l'arrêté royal qui dispose ce qui suit :

"§ 1^{er}. À l'exception des cas prévus au § 2, les montants des prestations payées indûment non encore récupérés sont amortis par leur inscription en frais d'administration dans les six mois qui suivent l'expiration des délais fixés à l'article 326.

§ 2. Le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif peut dispenser l'organisme assureur d'inscrire le montant en frais d'administration lorsque :

a) le paiement indu ne résulte pas d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'organisme assureur ;

b) l'organisme assureur en a poursuivi le recouvrement par toutes voies de droit, y compris la voie judiciaire, étant entendu que l'organisme assureur n'est pas obligé d'utiliser les voies de droit dont le coût dépasserait le montant à récupérer.

Cette condition est réputée remplie lorsque le recouvrement des prestations indues est considéré comme aléatoire ou lorsque les frais afférents à l'exécution de la décision judiciaire définitive dépassent le montant à récupérer.

c) la demande porte sur un montant de 600 EUR au moins.

§ 3. Le fonctionnaire dirigeant doit être mis en possession de toutes les pièces utiles au contrôle.

§ 4. Sous peine d'irrecevabilité de la demande, l'organisme assureur doit introduire la demande par lettre recommandée à la poste, avant la fin du délai fixé au § 1^{er}.

§ 5. Est prématurée, la demande envoyée avant la fin du délai de récupération fixé à l'article 326.

Cette demande est cependant considérée comme recevable lorsque l'organisme assureur démontre que l'indu ne peut plus être récupéré.

§ 6. La décision du fonctionnaire dirigeant est notifiée à l'organisme assureur par lettre recommandée qui est considérée comme reçue le troisième jour ouvrable qui suit la remise du pli à la poste.

Jusqu'à cette date, le montant qui fait l'objet de la demande reste inscrit au compte spécial".

Il résulte de cette disposition que :

- l'organisme assureur doit introduire la demande de dispense dans les six mois de l'échéance du délai de récupération, ce délai étant un délai préfix établi à peine de déchéance (Cass., 07.01.2008, S.060097.F ; C.T. Bruxelles, 18.03.2015, R.G. 2013/AB/773, inédit)
- la dispense ne peut être accordé que si toute les conditions énumérées à l'article 327, § 2, alinéa 1, a) à c) sont remplies.

2° Application en l'espèce

1.

Il résulte des dispositions légales rappelées ci-dessus que lorsque des prestations ont été indûment payées, l'organisme assureur doit entreprendre des démarches en vue d'en obtenir le remboursement, dans un délai de maximum deux ans qui commence à courir à partir du prononcé du jugement. Ce délai de deux ans connaît différentes causes de suspension (art. 326, § 2, a) à k) de l'A.R. du 03.07.1996).

En l'espèce, l'O.A. n'établit pas l'existence de l'une de ces causes de suspension.

Elle n'établit pas plus qu'elle aurait, comme elle le soutient, effectué des démarches qui peuvent être assimilées aux causes de suspension, ainsi que l'admet la jurisprudence de ce tribunal qui estime "raisonnable qu'une procédure de recouvrement soit précédée d'information préalable, destinée à évaluer les chances de succès d'un recouvrement et donc d'éviter des frais inutiles. Une telle démarche permet en effet de choisir entre mandater un huissier de justice, faire procéder à une retenue par une autre institution ou considérer que les chances de recouvrer la somme indue sont faibles. À défaut, l'organisme assureur qui évalue ses chances se trouverait dans une situation plus défavorable que celui qui initie un recouvrement perdu d'avance. Traiter de manière différente ces deux organismes est discriminatoire. Une telle interprétation de l'article 326 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 doit être écartée conformément à l'article 159 de la Constitution" (TTF Bruxelles, prononcé le 26.10.2017, R.G. 16/3725/A, inédit).

2.

En effet, les seules démarches effectuées par l'O.A. avant de solliciter l'intervention du Service des conventions internationales de l'INAMI sont :

1. En septembre 2012 et avril 2013, une consultation de son avocat en Belgique (et non pas en France comme elle l'affirme) qui n'envoie que la procédure (lourde) d'*exequatur* selon le droit commun français, sans envisager les possibilités de recouvrement simplifiées prévues par l'article 84 du règlement (CE) n° 883/2004 du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et les articles 71 et suivants du règlement (CE) n° 987/2009 du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application dudit règlement n° 883/2004.

Ces dispositions du droit européen organisent un système de reconnaissance et d'exécution des décisions exécutoires des instances judiciaires et des autorités administratives portant sur la répétition de prestations de sécurité sociale indûment servies en vertu de la législation d'un État membre. La récupération s'effectue dans la mesure du possible par la voie de la compensation entre les institutions des États membres concernés ou, lorsque cela n'est pas possible, par la voie d'une procédure d'exécution forcée.

2. En mai 2013, une demande d'information adressée au CLEISS.

Suite à cette démarche, l'O.A. est informée, dès le mois de juillet 2013, que l'intéressée réside effectivement à l'adresse connue et qu'elle semble avoir une activité salariée.

C'est donc à tort que l'O.A. affirme qu'elle ne connaissait pas avec certitude l'adresse de l'intéressée en France.

L'O.A. n'établit pas qu'elle aurait mandaté, comme elle l'affirme, un huissier en France pour tenter de récupérer l'indu à l'adresse de Madame ... (p. 7 de ses conclusions).

3.

En suite de ces deux démarches, ce n'est que près d'un an plus tard, en juin 2014, que l'O.A. s'adresse au Service des conventions internationales de l'INAMI lui demandant d'intenter toute action en vue de la récupération de l'indu.

Certes, l'INAMI n'a pas réagi à cette demande, rappelée à plusieurs reprises. À juste titre cependant, l'INAMI fait valoir qu'il ne lui appartient pas d'intenter les recours en lieu et place de l'organisme assureur, ainsi que l'O.A. le lui demandait.

Certes, également, la circulaire de l'INAMI n° 2013/225 du 27 juin 2013 relative à l'interprétation des articles 326 et 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 envisage la situation du débiteur de l'indu qui est à l'étranger et les difficultés particulières de recouvrement que suscite cette situation. Elle propose une collaboration administrative en ces termes :

“Lorsque l'assuré est parti vivre à l'étranger (dans un pays de l'Union européenne, de l'association européenne de libre-échange ou dans un pays qui a signé un accord bilatéral avec notre pays - voir liste ci-dessous) ou lorsqu'il a des héritiers vivant à l'étranger, il est demandé aux organismes assureurs de s'adresser directement aux organismes de liaison étranger (voir adresses en annexe) et, le cas échéant, d'envoyer *un rappel* à ces organismes. Dans l'éventualité où l'organisme assureur n'obtiendrait pas de réponse suite à l'envoi du rappel, la demande sera transmise à la section conventions internationales du Service des indemnités de notre Institut qui effectuera les démarches pour obtenir les renseignements souhaités”.

Dans le cadre de la collaboration administrative ainsi définie, l'INAMI n'était en l'espèce pas tenue d'interroger le CLEISS en lieu et place de l'O.A. puisque cet organisme avait répondu positivement à sa demande d'information, confirmant l'adresse de l'intéressée en France.

Munie de l'adresse de son affiliée, l'O.A. pouvait donc poursuivre ses démarches en vue de récupérer l'indu, soit en s'adressant directement à l'intéressée en vue d'un paiement amiable, éventuellement échelonné, soit en mandatant un huissier en France ou, à tout le moins, en l'interrogeant sur les coûts et les chances de succès d'un éventuel recouvrement forcé, soit en mettant en œuvre les procédures d'exécution à l'intermédiaire des organismes de sécurité sociale français, telles que prévues par les dispositions du droit européen rappelées ci-dessus.

L'O.A. n'a entrepris aucune de ces démarches et ne peut dès lors reprocher à l'INAMI son inertie à répondre à une demande d'intenter des recours à laquelle il n'était pas tenu de donner suite.

4. En l'absence de cause de suspension du délai de récupération de deux ans, l'INAMI a valablement considéré que la demande de l'O.A. était tardive et partant irrecevable.

Le jugement condamnant Madame ... au paiement de l'indu a en effet été prononcé le 14 juin 2016, de sorte que le délai de deux ans a expiré le 13 juin 2014.

L'O.A. disposait ensuite d'un délai de six mois à partir de cette date pour introduire sa demande, soit jusqu'au 13 décembre 2014.

La demande a été introduite tardivement le 2 juin 2016.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL,

statuant contradictoirement,

Déclare le recours recevable mais non fondé,

En déboute l'O.A.,

Délaisse à l'O.A. ses propres dépens et la condamne aux dépens de l'INAMI liquidés à une indemnité de procédure de 131,18 EUR.

...

V. Jugement du Tribunal du travail d'Anvers, section Malines, 14 juin 2018

Article 328 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

Si les prestations sont prescrites, le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI peut suspendre la prescription si la force majeure est démontrée. La force majeure présuppose que l'événement invoqué est étranger à la personne contre laquelle le délai de prescription court et exige également que le délai de prescription n'ait pu être évité. Si l'assuré social avait, en l'occurrence, vérifié son compte en bon père de famille, il aurait pu constater qu'il lui manquait un jour d'indemnisation et en demander le paiement à temps à la mutualité, ce qu'il n'a pas fait. L'ignorance ne constitue pas un cas de force majeure, ni une cause d'excuse. La force majeure n'est pas démontrée.

Numéro de rôle 18/42/A

... c./INAMI et O.A.

...

2. Voorwerp

Met een verzoekschrift, neergelegd ter griffie van deze rechtbank op 25 januari 2018, vordert eiser de veroordeling van tweede verweerder tot het betalen van de som van 31,44 EUR, één uitkeringsdag 8 november 2013, en de gerechtskosten.

3. Feiten

Eiser was arbeidsongeschikt vanaf 4 mei 2012 en diende zich aan te bieden op de controleraadpleging van 16 april 2013 bij de Geneeskundige raad voor Invaliditeit van het RIZIV.

Daar eiser zich niet aanbood, werd de uitbetaling van de ziekte-uitkeringen geschorst vanaf 16 april 2013.

Op 8 november 2013 heeft de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV de redenen van afwezigheid onderzocht en beslist dat het recht op ziekte-uitkeringen werd hersteld vanaf 8 november 2013.

Vanaf 15 november 2013 werd eiser opnieuw arbeidsgeschikt bevonden.

Door tweede verweerder werd op 12 mei 2014 een bedrag van 125,76 EUR op de rekening van eiser gestort met de vermelding 5409685 UITK11/2013.

In het kader van een andere procedure stelde eiser in april 2017 vast dat hij eigenlijk geen uitkering had ontvangen voor de dag van 8 november 2013. Het gaat om een bedrag van 31,44 EUR.

Met een brief van 30 mei 2017 verzocht V.I. de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle om in toepassing van artikel 328 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 een toestand van overmacht te erkennen in hoede van eiser opdat de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid voor de dag van 8 november 2013 alsnog uitbetaald zou kunnen worden.

Bij beslissing van 27 oktober 2017 stelde de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV betrokkene in kennis van de beslissing tot weigering van de erkenning van de toestand van overmacht.

Tegen deze beslissing tekende eiser beroep aan. Bovendien vordert hij de betaling van de ziekte-uitkering voor 8 november 2013.

4. Ontvankelijkheid en beoordeling

Het verzoekschrift is regelmatig naar vorm en werd tegen de beslissing van 27 oktober 2017 van de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV ingediend binnen de beroepstermijn van drie maanden zoals voorzien in artikel 23 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde.

Deze vordering van eiser is ontvankelijk.

Eiser vordert echter eveneens de uitbetaling van de ziekte-uitkering voor de dag van 8 november 2013.

Overeenkomstig artikel 174, 1^o van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 verjaart de vordering tot betaling van de prestaties der uitkeringsverzekering twee jaar na het einde van de maand waarop de uitkeringen betrekking hebben.

Krachtens hetzelfde artikel, voorlaatste alinea, wordt deze verjaring geschorst door overmacht.

Artikel 328 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat de leidend ambtenaar van de Dienst voor Administratieve controle oordeelt over het bestaan van overmacht.

De leidend ambtenaar van de Dienst voor Administratieve controle besliste dat er *in casu* geen sprake is van overmacht.

Ter zitting beroept eiser zich op de volgende elementen om overmacht te weerhouden:

1. Erkenning van de arbeidsongeschiktheid van 8 november tot en met 14 november 2013 door het RIZIV;
2. Nalatigheid van V.I.;
3. Onwetendheid van eiser over de samenstelling van het uitgekeerde bedrag.

De raadsman van eiser wijst erop dat gelet op de erkenning van arbeidsongeschiktheid door de mutualiteit, bij deze laatste de plicht lag om een correcte uitbetaling van de ziekte-uitkeringen te doen. Deze nalatigheid is pas aan het licht gekomen in het kader van een andere procedure die eiser tegen dezelfde verweerders heeft gevoerd. Volgens eiser ligt de fout volledig bij zijn mutualiteit.

De rechtbank is het hier niet mee eens.

Door tweede verweerder werd een bedrag aan ziekte-uitkeringen voor de periode in november 2013 op de rekening van eiser gestort op 12 mei 2014. Op dat ogenblik kon eiser dit bedrag nakijken of hieromtrent informatie vragen aan zijn mutualiteit. Hij heeft dit niet gedaan.

Eiser reageerde laattijdig om vooralsnog de uitkering voor 8 november 2013 te vragen vermits inmiddels zijn recht op deze uitkering is verjaard.

In casu is er geen omstandigheid die overmacht uitmaakt, immers dit feit dient vreemd te zijn aan de persoon tegen wie de verjaring loopt en overmacht vereist dat de verjaring niet had kunnen worden vermeden.

Had eiser als een goed huisvader zijn rekening gecontroleerd, dan had hij kunnen vaststellen dat er één dag te weinig was uitbetaald en had hij de betaling hiervan tijdig kunnen vragen.

Onwetendheid maakt geen overmacht uit en is evenmin een verschoningsgrond.

In deze zaak zijn geen elementen voorhanden van aard de bestreden beslissing te vernietigen.

De vordering van eiser tegen de beslissing van 27 oktober 2017 van eerste verweerder is derhalve ongegrond.

De vordering van eiser tegen tweede verweerder tot betaling van het bedrag van 31,44 EUR is onontvankelijk ingevolge verjaring.

6. Beslissing

De Rechtbank

Recht doend op tegenspraak ten aanzien van eiser en eerste verweerder en bij verstek ten aanzien van tweede verweerder.

Verklaart de vordering tegen de beslissing van 27 oktober 2017 van de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV onontvankelijk doch ONGEGROND.

Verklaart de vordering tot betaling van het bedrag van 31,44 EUR door tweede verweerder ONONTVANKELIJK ingevolge VERJARING.

Veroordeelt tweede verweerder met toepassing van artikel 1017, tweede lid Ger. W. tot de kosten van het geding. Stelt vast dat tot op heden door partijen geen kosten werden begroot.

...

VI. Tribunal du travail de Hainaut, division Tournai, 6 juillet 2018

Articles - L'article 100 - L'article 174, alinéa 4 et l'article 168 *quinquies* de la loi relative à l'assurance-maladie invalidité coordonnée le 14 juillet 1994

Une reprise d'activité interrompt l'incapacité lorsqu'elle est orientée vers la production de biens et services, entraîne un enrichissement direct ou indirect pour soi-même ou autrui, même si elle est occasionnelle ou exceptionnelle, de minime importance, faiblement rémunérée ou considérée comme un service d'ami.

Diriger une entreprise de construction excède, quant à la durée, la plage horaire et la nature, les tâches d'employé administratif autorisées 2 heures par jour du lundi au vendredi et s'apparente à une reprise d'activité non autorisée.

En créant sans autorisation du médecin-conseil une entreprise de construction, par ses demandes multiples d'autorisation à intervenir comme gérant en vue de couvrir une situation irrégulière initiée quelques années plus tôt et en refusant de répondre à des questions pertinentes de l'enquête, l'assuré a sciemment induit en erreur sa mutualité pour conserver ses indemnités et a commis des manœuvres frauduleuses justifiant un délai de récupération d'indu de 5 ans.

Une sanction de 180 jours se justifie par la longueur de la période infractionnelle et l'importance de l'indu.

R.G. 15/1994/A – 16/495A – 16/1439/A et 16/1793/A

... c./INAMI et O.A.

...

II. Connexité, compétence & recevabilité

Les causes enregistrées sous les numéros de rôle 15/1994/A, 16/495/A, 16/1439/A et 16/1793/A sont liées entre elles par un rapport si étroit qu'il s'impose de les joindre en raison de leur connexité.

Le tribunal est compétent pour en connaître.

Les recours sont recevables quant à la forme et au délai au regard de l'article 704 du Code judiciaire et de l'article 23, alinéa 1^{er} de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social.

III. Antécédents de fait

Les antécédents de la cause peuvent être chronologiquement exposés comme suit :

Monsieur ... est né le ...

Il a été domicilié à ... de 2003 au mois de mars 2015 et est actuellement inscrit à ...

Depuis son entrée sur le marché de l'emploi, il a toujours travaillé dans le secteur du bâtiment.

Il est affilié auprès d'une O.A. .

À compter du 16 novembre 1998, il a été reconnu en incapacité de travail par le médecin conseil de sa mutuelle (en raison d'une neurotonite vestibulaire lui causant de graves vertiges et des problèmes au niveau du dos et des genoux) et a perçu des indemnités journalières.

Le 2 mai 2006, est constituée la SPRL L'acte constitutif (pièce 8 dossier ...) reprend l'identité de 3 gérants : Madame S., Monsieur G. et Monsieur S. Les 100 parts sociales sont réparties comme suit : 50 pour S., 25 pour les deux autres fondateurs.

Le siège social est fixé à ... (l'adresse correspondait à l'époque au domicile de Monsieur ...).

À la date du 31 janvier 2007, Monsieur ... est repris dans le répertoire du personnel de la SPRL

Par décision du 5 février 2007 (pièce 1 dossier ...) Monsieur ... est autorisé par le médecin-conseil de sa mutuelle à exercer une activité professionnelle salariée à partir du 7 février 2007 dans les limites suivantes :

- 2 heures par jour du lundi ou vendredi
- à prester entre 10h00 et 12h00
- en qualité de consultant administratif de la SPRL

Cette décision stipule expressément que

“La présente autorisation n'est et ne reste valable que pour autant que les conditions qui y sont définies soient respectées.

(...)

En cas de reprise complète du travail, lorsque vous redevenez chômeur complet ou encore si les conditions de travail changent, vous êtes tenu de m'en aviser immédiatement”.

À la date du 17 octobre 2007, Monsieur G. démissionne de son poste de gérant (pièce 9 dossier ...) cède ses parts à Madame S. et est engagé par la société comme salarié (il sera occupé du 19.10.2007 au 11.08.2008 puis du 07.10.2013 au 13.05.2014) (relevé DIMONA – pièce 35^{ter} dossier ...).

Le 4 décembre 2008, est souscrit (par erreur selon Monsieur ...) une police d'assurance décès (pièce 18 dossier ...) par la “S.A. ... ” sur la tête de M ... qui prévoit le paiement d'un capital en cas de décès dans un délai de 10 ans. L'erreur ne semble avoir été détectée qu'en 2015 (mail du courrier – pièce 19 dossier ...).

En date du 6 avril 2010, Monsieur ... rachète les 75 parts sociales de Madame S.

Le 12 août 2010, un acte est passé par Maître G., notaire de résidence à ... aux termes duquel Madame S. (qui a entretemps déménagé dans l'immeuble de Monsieur ...) en sa qualité de gérant statutaire de la SPRL ... constitue pour mandataire général, Monsieur ... (pièce 15 dossier ...).

Cet acte prévoit notamment que le mandataire reçoit notamment le pouvoir :

- d'accomplir tous actes d'administration et de disposition à titre onéreux concernant les biens actuels et futurs de la partie mandante
- d'assister à toutes assemblées de sociétés et de prendre part aux délibérations.

À la date du 7 novembre 2012, Monsieur S. démissionne de son poste de gérant (pièce 10 dossier ...). Il est engagé comme salarié de l'entreprise à compter du 12 novembre 2012.

Le 23 janvier 2014, Monsieur ... introduit une première demande d'autorisation d'exercer la fonction de gérant de la SPRL

Celle-ci est rejetée par le médecin-conseil de l'O.A. par décision du 13 février 2014.

Par lettre du 25 mars 2014 (pièce 2 dossier ...) l'intéressé renouvelle sa demande, laquelle fait à nouveau l'objet d'un refus. (décision non produite).

Le 30 avril 2014, Madame S. rachète 75 parts sociales à Monsieur ... et devient ainsi propriétaire de la totalité du capital social (pièce 16*bis* dossier ...).

Via un formulaire de reprise partielle d'une activité signé le 31 juillet 2014 (annexe à la pièce 2 dossier ...) Monsieur ... fait une troisième tentative pour obtenir une autorisation de travailler comme gérant de la société ... à partir du 1^{er} octobre 2014, qui sera rejetée par décision du 9 juillet 2015 (selon les conclusions du conseil de l'O.A.).

Courant 2015, le Service de contrôle de l'INAMI ouvre une enquête sur l'activité exercée par Monsieur ... depuis la reconnaissance de son incapacité de travail.

L'enquête sera menée par plusieurs inspecteurs sociaux, dont Monsieur R. avec lequel Monsieur ... aurait eu un différend (tandis que l'intéressé ne conteste pas s'être rendu personnellement au domicile privé de cet inspecteur pour obtenir des explications).

L'audition de Monsieur ... sera réalisée par le contrôleur social P. en date du 27 mars 2015 (pièce 21 dossier ...).

En préambule, l'intéressé signale qu'il répond à la convocation reçue, qu'il a consulté son avocat, qu'il accepte de répondre aux questions concernant la société ... et que les questions posées (Q) et les réponses données (R) seront actées dans les termes utilisés.

L'audition démarre comme suit :

“Q : Quel est votre numéro de GSM ?

R : le seul numéro de GSM est le numéro de l'entreprise : Je possède un deuxième GSM mais je ne retrouve pas le code PIN.”.

Par la suite, Monsieur ... va expliquer que son implication dans l'entreprise est limitée dans le temps (2h./jour) et cantonnée à des tâches purement administratives (en exécution de décisions prises par Madame S. ou Monsieur S.).

Il refuse par ailleurs de répondre aux questions suivantes :

- participez-vous aux assemblées générales de la société ?
- qui signe les déclarations à l'impôt des sociétés ?

L'audition de Madame S. sera réalisée par le même contrôleur social en date du 22 mai 2015 (pièce 22 dossier ...).

En préambule, Madame S. signale qu'elle se présente sur convocation, qu'elle a consulté son avocat, qu'elle accepte de répondre aux questions concernant la société ... et que les questions posées et les réponses données seront actées dans les termes utilisés.

L'intéressée va préciser :

- que son activité professionnelle principale est aide-soignante dans une maison de repos situé à ... et qu'elle travaille selon un régime moyen de 28 heures 30 par semaine
- qu'elle est gérante de la société depuis sa création et qu'elle s'occupe de tout au sein de celle-ci
- que Monsieur S. se charge des tests à l'embauche, procède à l'engagement des apprentis après avoir pris contact avec les différentes écoles et effectue les contacts avec les clients, les sous-traitants, les entrepreneurs principaux et les architectes
- que Monsieur ... assure le suivi administratif des dossiers des travailleurs, s'occupe des demandes de chômage temporaire et/ou économique.

Elle refuse par ailleurs de répondre aux questions suivantes :

- qui signe les déclarations à l'impôt des sociétés ?
- qui signe les contrats avec les clients, les sous-traitants, les entrepreneurs principaux et les architectes ?
- auprès de quelle compagnie l'assurance "dirigeant d'entreprise" est souscrite ?

Un *Pro Justitia* est finalement dressé en date du 15 juillet 2015 par l'inspecteur social ... (pièce 1 dossier INAMI).

Celui-ci générera les décisions suivantes :

- décision (implicite) de fin de reconnaissance de l'incapacité de travail à compter du 2 mai 2006
- acte du 19 octobre 2015 visant à mettre en demeure de rembourser les indemnités indûment perçues du 1^{er} août 2010 au 31 juillet 2015
- acte du 24 mars 2016 visant à mettre en demeure de rembourser les primes bien-être relatives aux années 2011 à 2015
- décision du 18 juillet 2016 par laquelle l'INAMI inflige une exclusion du droit aux allocations pour 180 jours
- décision du 8 mai 2017 par laquelle l'ONSS désassujettit Monsieur ... de la sécurité sociale des travailleurs salariés pour la période s'étalant du 2^e trimestre 2010 au 1^{er} trimestre 2017 inclus.

IV. Demandes introduites par les parties :

Le tribunal est saisi des demandes suivantes :

- **de la part de Monsieur ... :**
 - annulation de la décision remettant en cause la reconnaissance d'incapacité de travail à compter du 2 mai 2006
 - annulation de (voire renonciation à) la récupération des indemnités perçues du 1^{er} août 2010 au 31 juillet 2015
 - annulation de (voire renonciation à) la récupération des primes bien-être 2011 à 2015
 - reconnaissance du droit aux allocations mutuelle à compter du mois de juillet 2015
 - annulation de la sanction infligée par l'INAMI (exclusion de 180 allocations journalières)
 - condamnation aux frais et dépens de l'instance.
- **de la part de l'O.A. :**
 - confirmation de la décision de fin de reconnaissance d'incapacité de travail au 2 mai 2006
 - condamnation au remboursement des indemnités perçues du 1^{er} août 2010 au 31 juillet 2015
 - condamnation au remboursement des primes bien-être 2011 à 2015.
- **de la part de l'INAMI :**
 - confirmation de la sanction (exclusion du droit à 180 allocations journalières).

V. Décision du tribunal :

a. Les principes

A.1. NOTION D'INCAPACITÉ ET INCIDENCE DE LA REPRISE D'UNE ACTIVITÉ

“En vertu de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, est reconnu incapable de travailler au sens de ladite loi, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

La cessation de toute activité est la première condition de la reconnaissance de l'incapacité de travail”.

(C.T. Mons, 11.12.2014, R.G. 2013/AM/432, inédit).

Le terme “activité” ne doit pas être confondu avec les mots “travail” et “activité professionnelle”. Ce terme désigne toute occupation orientée vers la production de biens ou de services, permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui, et ce peu importe que cette activité soit occasionnelle voire exceptionnelle, qu'elle soit de minime importance ou faiblement rémunérée (C. T. Mons, 24.06.2004, publié sous www.juridat.be) tout comme il est indifférent que cette activité soit motivée par l'intention de rendre un service à un ami (Ph. Gosseries, “L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire”, J.T.T., 1997, p. 81 et les décisions citées).

*“L’assuré social reconnu incapable de travailler en vertu de l’article 100, § 1^{er}, interrompt son incapacité indemnisable quand il reprend un travail, **salaré ou non** (Cass., 19.10.1992, Chr. D.Soc., 1993, p. 64) si celui-ci entre dans la notion d’incapacité d’activité figurant dans cette disposition légale à savoir “toute occupation orientée vers la production de biens ou de services permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui, sachant qu’il importe peu à cet effet que cette activité soit occasionnelle, voire même exceptionnelle”.*

(C.T. Mons, 24.02.1989, J.T.T., 1989, p. 192 ; C.T. Mons, 26.05.1988, Bull. INAMI, 1988, p. 332 ; C.T. Mons, 03.04.1988, Bull. INAMI, 1992, p. 338 ; C.T. Mons, 18.04.2003, R.G. 14310, inédit). (C.T. Mons, 08.01.2015, R.G. 2009/AM/21651, inédit).

La reprise d’une activité différente ou plus large que celle autorisée s’assimile à l’exercice d’une activité non autorisée et a également pour effet d’interrompre l’incapacité de travail.

“Cependant, il ne suffit pas d’avoir demandé l’autorisation. Il faut encore s’y tenir strictement.

L’autorisation doit mentionner les conditions d’exercice de l’activité. Le médecin-conseil les apprécie en fonction de l’état de santé du bénéficiaire et de la compatibilité avec le maintien de l’état d’incapacité de travail. Son autorisation est donc accordée sous conditions : s’écarter de ces conditions revient à exercer une activité sans autorisation”.

(C.T. Liège, section Namur, 20.03.2008, R.G. 8.063/2006, accessible via Juridat).

A.2. PRESCRIPTION ET RÉCUPÉRATION DE L’INDU

“L’article 174, alinéa premier, 5°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose que : “l’action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l’assurance indemnités se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué”.

L’article 174, alinéa 4, prévoit également que : “les prescriptions prévues aux 5°, 6° et 7°, ne sont pas applicables dans le cas où l’octroi indu de prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans”.

La fraude ou les manœuvres frauduleuses dont il est question n’ont pas été définies par le législateur dans le cadre de la réglementation en matière d’assurance maladie-invalidité.

L’existence de manœuvres frauduleuses ayant provoqué l’octroi de prestations indues - ayant pour effet - par application de l’article 174 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - de prolonger de deux à cinq ans le délai de prescription de l’action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées - ne peut résulter - ni de la considération que leur bénéficiaire pouvait se renseigner quant à l’étendue de ses obligations à l’égard de son organisme assureur - ni de la (simple) constatation que la personne concernée n’a pas déclaré au dit organisme assureur la poursuite d’une activité (voir : Cass. 3^e Ch., 04.12.2006, R.G. S.05.0071.F, publié dans le Journal des Tribunaux du travail, année 2007, p. 222 et ss).

En visant la fraude, le législateur a voulu “viser essentiellement la manière dont sont introduites certaines demandes de prestations sociales par des candidats bénéficiaires qui, sachant ou se doutant n’avoir pas droit de les obtenir ou du moins pas dans la mesure où ils les postulent, appuient leurs requêtes d’affirmations sciemment inexactes, omissions volontaires dans la rédaction des formulaires requis ou de documents dont ils savent le contenu contraire à la vérité ; en ce faisant, ils veulent obtenir une décision administrative non conforme à ce à quoi ils ont droit selon les prescriptions légales du régime concerné” (voir: J. Leclercq, dans “La répétition de l’indu dans le droit de la sécurité sociale”, La doctrine du judiciaire, De Boeck & Larcier, 1998, p. 318). Le législateur n’ayant cependant pas défini les manœuvres frauduleuses, celles-ci supposent, conformément aux principes du droit commun, un agissement malhonnête, réalisé malicieusement en vue de tromper l’organisme assureur ; l’application du principe général du droit “*Fraus omnia corrumpit*” suppose de même l’existence d’une fraude, laquelle implique la volonté malicieuse, la tromperie intentionnelle (voir : Cass., 3^e Ch., 04.12.2006, R.G. S.05.0071.F, publié dans le Journal des Tribunaux du travail, année 2007, p. 222 et ss).

S’agissant de fraude ou de manœuvres frauduleuses, le législateur a voulu viser de manière générale les situations de dol et de fraude qui recourent :

- pour le dol, tous les cas de surprise, fraude, finesse, feintise, ainsi que toute autre mauvaise voie destinée à tromper quelqu’un
- pour la fraude, les agissements malhonnêtes aux yeux de la loi, avec à chaque fois, trait commun, l’existence d’abstention(s), d’omission(s) ou d’agissement(s) volontaire(s) illicite(s) dont le bénéficiaire de prestations sociales use pour obtenir indûment l’octroi ou le maintien d’un revenu de remplacement, octroi ou maintien qui ne découle pas d’une simple erreur administrative (voir Leclercq, op. cit., p. 316).

Il en découle que l’assuré social doit avoir eu conscience de ce que ses actes ou son abstention de déclaration avai(en)t pour conséquence la perception de prestations auxquelles il n’avait pas droit (voir en ce sens : C.T. Mons, 08.06.2006, R.G. 19.199, Juridat JS62049_1).

(...)

Dans les matières relevant la sécurité sociale, la preuve de la mauvaise foi d’un assuré social peut concrètement résulter d’une réponse de toute évidence inexacte à des questions pourtant claires et précises (voir en ce sens : C.T. Mons, 09.03.2001, R.G. 16.567, Juridat). Il en va de même lorsque l’assuré social n’a nettement pas répondu correctement aux questions qui lui sont posées dans le formulaire de renseignements destiné à son organisme assureur (voir en ce sens: C.T. Mons, 08.03.2012, 5^e Ch., R.G. 2010/AM/323)”.

(C.T. Mons, 08.01.2015, R.G. 2009/AM/21651, inédit).

Dans une décision rendue quelques mois plus tard, la même juridiction a considéré que : “Suivant la jurisprudence de la Cour de cassation, le dol ou la fraude se déduit de comportements adoptés en vue d’obtenir ou de garder par tromperie ce qui n’est pas dû. La fraude ne résulte pas seulement d’allégations mensongères mais peut, également, découler d’abstentions coupables ou d’omissions, notamment, lorsque certaines déclarations sont prescrites (Cass. 04.02.1985, Pas., 1985, I, p. 660 ; Cass., 07.09.1987, J.T.T., 1988, p. 194 ; Cass., 17.09.1979, Pas., 1980, I, p. 49)”.

(C.T. Mons, 17.06.2015, R.G. 2013/AM/292, inédit cité dans l’avis écrit du Ministère public).

A.3. SANCTION INAMI

L'article 168quinquies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit :

- en son paragraphe 2 que :

“Est exclu du droit aux indemnités pour incapacité de travail, congé de maternité, congé de paternité et d'adoption à raison de trois indemnités journalières au moins et de 400 indemnités journalières au plus :

(...)

3° l'assuré social qui, pendant la période où il bénéficie d'indemnités :

a) a repris une activité sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation ;

b) n'a pas informé son organisme assureur de la reprise d'une activité ;

c) n'a pas déclaré ses revenus à son organisme assureur”.

- en son paragraphe 3 :

“La durée de l'exclusion prévue au § 2 est fixée en fonction de la durée de l'infraction :

(...)

3° peut être exclu du bénéfice des indemnités durant 150 jours au moins et 400 jours au plus, l'assuré qui a commis une infraction pendant au moins 101 jours.

- en ses paragraphes 5 et suivants, la procédure à suivre pour sanctionner les infractions.

b) Application des principes au cas d'espèce

Le tribunal ne peut que relever les liens physiques étroits reliant Monsieur ... et la SPRL

Dès sa constitution, la société a installé son siège au domicile de Monsieur ... et non à celui d'un des trois associés fondateurs.

Toute personne souhaitant entrer en contact avec l'entreprise (client, fournisseur, membre du personnel, architecte, ...) est donc susceptible à tout moment de “tomber sur l'intéressé” d'autant que :

- vu son statut d'invalide, il n'exerce aucune activité (professionnelle) extérieure
- la gérante officielle a une activité professionnelle principale dans un autre secteur et en une autre ville
- la société n'a engagé aucun autre employé administratif.

Cela vaut tant pour les visites au siège de l'entreprise que pour les contacts téléphoniques via la ligne fixe de celle-ci.

Il ressort par ailleurs de l'audition de Monsieur ... actée en date du 27 mars 2015 que celui-ci considère partager avec la SPRL ... le même numéro de téléphone portable, ce qui implique que :

- toutes les personnes désirant contacter l'entreprise font sonner le gsm qui est en possession de Monsieur ... (quel que soit le moment de l'appel)
- lorsque ce dernier utilise son portable, c'est la société qui supporte les frais de communication (quels que soient la nature et l'heure de l'appel).

Il peut utilement souligner qu'en avril 2014, le numéro ... avait déjà été communiqué à l'O.A. (ce numéro est également renseigné dans le formulaire complété le 31 juillet 2014 pour solliciter l'autorisation de reprise d'un travail adapté).

Les liens physiques susmentionnés permettent de considérer que l'engagement de Monsieur ... dans la SPRL ... dépassait l'exécution d'un contrat de simple employé administratif prestant de 10h00 à 12h00 du lundi au vendredi.

Il serait invraisemblable de soutenir qu'en dehors de ce créneau horaire très limité, l'intéressé évitait tout contact avec les éventuels visiteurs à son domicile ou s'abstenait de prendre les appels téléphoniques (ligne fixe ou gsm).

Et il peut raisonnablement être tenu pour acquis qu'une société qui gère des chantiers de construction d'immeubles et occupe plusieurs ouvriers reçoit quotidiennement de nombreux appels téléphoniques de clients actuels ou potentiels, fournisseurs, architectes, ouvriers, apprentis, responsable de formation scolaire, comptable, employé du secrétariat social, inspecteurs sociaux, ...

Le non-respect de cette limitation horaire est confirmée via les renseignements qui ont été obtenus auprès du Service contrôle de l'ONEm, chargé de vérifier la régularité de la mise au chômage intempéries des ouvriers de la société.

À titre illustratif, Monsieur ... envoie un courriel le 20 mars 2014 à 15h46 pour communiquer l'adresse d'un chantier au contrôleur de l'ONEm (ann. à la pièce 12 du dossier administratif que l'INAMI a transmis à l'auditorat du travail – R.G. 16/1439/A). Il est entendu par ce même contrôleur le 6 mai 2014 à 08h25 (ann. à la pièce 12 du dossier administratif que l'INAMI a transmis à l'auditorat du travail – R.G. 16/1439/A)

Par ailleurs, l'audition actée ce jour-là n'est manifestement pas celle d'un simple exécutant administratif puisque Monsieur ... s'y exprime de la manière suivante :

"Je vous confirme l'existence du chantier sis à Le chantier est pratiquement terminé. Je vous re-mets copie de la feuille intempéries pour l'année 2014. Le 3 mars 2014, mes ouvriers se sont présentés sur le chantier et mon chef d'équipe m'a signalé que les briques posées sur les échafaudages étaient détrem-pées et donc dans l'impossibilité de les mettre en œuvre ; en outre, tous les plastics étaient envolés. Les ouvriers sont donc retournés et n'ont pas travaillé. J'ai donc signalé du chômage intempéries. Actuellement, j'occupe 5 ouvriers. Je travaille actuellement en sous-traitance à la rue ..., chez l'architecte D".

(ann. à la pièce 12 du dossier administratif que l'INAMI a transmis à l'auditorat du travail – R.G. 16/1439/A).

Toujours à propos de la nature de l'implication dans l'entreprise, il ressort des investigations menées que d'une part Monsieur ... dispose des aptitudes intellectuelles pour diriger une société dans le secteur de la construction (qu'il connaît bien pour y avoir construit toute sa carrière professionnelle) et que d'autre part les autres personnes impliquées dans la société n'avaient pas le temps et/ou pas la carrure pour assumer la gestion d'une entreprise qui propose à la vente des maisons clé sur porte :

- Madame S. exerce principalement comme aide-soignante en maison de repos ; au moment de la constitution de la société elle n'avait aucune expérience dans le bâtiment et n'a fait qu'apporter les fonds (cfr sa déclaration du 22.05.2015 - pièce 22 dossier ...)
- Monsieur G. a rapidement démissionné de son poste de gérant et, après quelques mois, a été invité à quitter l'entreprise en raison de son manque de sérieux
- Monsieur S. est avant tout un homme de terrain doté de compétences techniques (cfr sa déclaration écrite - pièce 24 dossier ...)

Le pouvoir décisionnel propre de Monsieur S. ressort également d'une attestation qu'il a lui-même sollicitée auprès d'un ouvrier occupé de longue date dans l'entreprise.

Dans son témoignage écrit, Monsieur S. signale presque incidemment que : *"J'ai vu beaucoup d'ouvrier et d'apprenti qui était (...) nul dans le travail et sais momo qui avait le role de les metres dehort (...)"* (pièce 29 dossier ...).

Même sans avoir égard :

- aux déclarations des anciens membres du personnel de l'entreprise (vu les considérations émises de manière répétée quant à la partialité possible de l'inspecteur social qui les a actées)
- ni à l'existence d'une assurance "dirigeant d'entreprise" dont la souscription erronée aurait été découverte plusieurs années plus tard
- ni à la perception d'un dividende de 20.000 EUR en 2011 qui découlerait de la détention d'une majorité des parts sociales, l'importance du rôle de Monsieur A. ressort également d'autres éléments versés au dossier de procédure, et notamment :
 - sa gestion exclusive de la problématique du chômage temporaire
 - sa gestion quasi-exclusive des licenciements des ouvriers
 - son rôle d'intermédiaire exclusif avec l'IFAPME pour la prise en charge des jeunes apprentis (confirmé par Madame F., déléguée à la tutelle – pièce 8 dossier INAMI)
 - la signature de toutes les déclarations de la SPRL ... introduites auprès de l'administration fiscale
 - l'existence d'une procuration générale signée par la gérante officielle afin de permettre à Monsieur ... d'intervenir au nom de la société, sans que des tiers puissent soulever son absence de pouvoir.

En conclusions, le tribunal estime qu'il est établi à suffisance que Monsieur ... a exercé une activité dépassant les limites de l'autorisation délivrée par le médecin-conseil de l'O.A. :

- quant à la durée de travail (plus de 10 h. / semaine)
- quant à la plage horaire définie (intervention avant 10 h et après 12 h)
- et quant à la nature des prestations accomplies : l'implication active et décisive dans l'entreprise excédait celle d'un employé ou d'un consultant administratif.

Il doit également être retenu que Monsieur ... se trouve dans les coulisses de la SPRL ... dès la constitution de celle-ci et l'implantation de son siège au domicile de l'intéressé.

Il s'en déduit que Monsieur ... a sciemment induit en erreur sa mutuelle pour conserver le bénéfice de ses allocations d'invalidité tout en lançant une nouvelle entreprise dans le secteur de la construction.

Les demandes multiples d'autorisation à intervenir comme gérant ne témoignent pas d'une intention d'agir dans les règles mais s'apparentent à une vaine tentative (opérée à un moment où la société risquait de se retrouver sans gérant officiel, ce qui en compromettait la survie), de couvrir une situation irrégulière initiée quelques années plus tôt.

Le refus de répondre à des questions pertinentes (et "non indiscretes") posées dans le cadre de l'enquête INAMI peut être épinglé à sa charge.

Non seulement, l'attitude de Monsieur ... exclut toute bonne foi dans son chef mais elle permet de retenir un comportement frauduleux justifiant l'application d'un délai quinquennal de prescription pour la récupération des allocations indûment perçues depuis le lancement de la société

De même, la sanction infligée par l'INAMI doit être confirmée tant en son principe (vu la reprise d'une activité non autorisée) qu'en son *quantum* (la hauteur de la mesure d'exclusion, soit 180 jours, se justifiant par la longueur de la période infractionnelle et l'importance de l'indu dont une partie ne peut être récupérée car prescrite).

Enfin, le tribunal estime que la demande relative à la reconnaissance du droit aux allocations d'incapacité de travail formulée par Monsieur ... ne peut être accueillie.

En effet, il appartient à une personne reconnue en incapacité de travail qui a interrompu celle-ci par la reprise d'une activité non autorisée de réintroduire une demande de reconnaissance auprès de sa mutuelle (après cessation de l'activité litigieuse). En cas de refus par le médecin conseil, l'assuré social peut ensuite le cas échéant utilement saisir les juridictions sociales.

Le même sort doit être réservé à la demande d'exonération du remboursement de (de renonciation à la récupération de) l'indu, l'octroi de cet avantage relevant de la compétence exclusive du Service des indemnités de l'INAMI (art. 101, § 2, al. 2 de la loi du 14.07.1994).

"Le Tribunal n'est pas habilité à s'immiscer dans le traitement administratif de la demande de renonciation, dès lors que celle-ci relève du pouvoir discrétionnaire du Comité de gestion du Service des indemnités".

(T.T. Mons, section La Louvière, 20.12.2011, R.G. 09/641/A + 07/21263/A + 09/638/A, accessible via Juridat).

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL DU TRAVAIL,

statuant contradictoirement (art. 747, § 4, du C. jud.),

...

Met hors cause l'O.A. .

Déclare les recours de Monsieur ... contre les décisions de l'O.A. recevables mais non fondés (R.G. 15/1994/A et 16/1439/A) ;

Déclare irrecevable la demande de Monsieur ... visant à obtenir la renonciation de la récupération des allocations indûment perçues ;

Déclare les demandes de l'O.A. recevables et fondées (R.G. 16/495/A et 16/1793/A).

Condamne Monsieur ... à rembourser à l'O.A. la somme de 58.671,10 EUR (57.216,82 EUR + 1.454,28 EUR) ;

Déclare le recours de Monsieur ... dirigé contre l'INAMI recevable mais non fondé ;

Confirme la décision d'exclusion des allocations à concurrence de 180 jours ;

Déclare la demande de Monsieur ... visant à se voir octroyer des allocations d'incapacité de travail à compter du mois de juillet 2015 irrecevable ;

Condamne, en application de l'article 1017, alinéa 2 du Code judiciaire, l'O.A. et l'INAMI aux frais et dépens de l'instance, liquidés en faveur de Monsieur ... à la somme de 131,18 EUR (indemnités de procédure).

...

VII. Tribunal du travail néerlandophone de Bruxelles, 17 juillet 2018

Indices graves, précis et concordants de fraude - Charge de la preuve étendue - Salduz - Indemnité de procédure judiciaire

Que l'INAMI ne mentionne qu'un indice, est manifestement incorrect, ceci ressort de l'énumération ci-dessus sub. 8.

Il n'y a pas besoin d'études internationales pour constater que les prestations qui ont été portées en compte sont de nature telle qu'il est impossible qu'elles aient été réalisées de la manière déclarée par la partie requérante, et ceci au vu du nombre d'heures par jour et des distances parcourues. Pour cela, le bon sens et un planificateur d'itinéraire suffisent.

Les données chiffrées intégrées démontrent d'ailleurs qu'il s'agit de données enregistrées qui sont susceptibles de contrôle.

L'INAMI pouvait tenir compte des antécédents (en analogie avec Cass. 29.10.2003, A.C. 2003, 905).

Outre l'enquête, il n'était pas déraisonnable dans le chef de l'INAMI de tenir compte de l'enquête pénale qui a donné suite à un renvoi du Dr X devant le Tribunal correctionnel, et des antécédents disciplinaires.

Les indices n'ont pas été réfutés par les parties requérantes, dont l'exposé n'est pas crédible.

À ce stade, l'INAMI ne doit pas prouver la fraude, contrairement à ce que prétendent les parties requérantes ("par prestation" et "par jour"). Il suffit que l'INAMI prouve les indices de fraude qualifiés.

Afin d'infliger une telle mesure le fonctionnaire dirigeant ne devait pas exécuter de mesures d'enquête supplémentaire à la demande du Dr X.

La mesure de suspension n'a aucun impact sur les patients qui peuvent continuer à bénéficier du tiers payant quand ils consultent le Dr X.

La décision attaquée n'a pas infligé une sanction (pénale) aux parties requérantes, mais seulement une mesure provisoire qui ne porte pas encore atteinte, à ce stade, au droit au remboursement des prestations effectuées par le Dr X des parties requérantes. L'appel relatif aux règles Salduz n'est pas fondé.

La procédure n'est pas une procédure au sens des articles 579 et 1017, alinéa 2 du Code judiciaire. En outre, les parties requérantes ne sont pas des assurés sociaux. Le présent appel est une "action qui n'est pas estimable en argent".

N° de rôle : 17/2033/A

... c./INAMI

...

II. Vordering

3.

De eisende partijen stelden beroep in tegen de beslissing d.d. 25 oktober 2017 van de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV.

Met deze beslissing :

- stelt de leidend ambtenaar vast dat er ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog voorhanden zijn in hoofde van de eisende partijen
- beveelt de leidend ambtenaar overeenkomstig artikel 77^{sexies} van de Ziekteverzekeringwet de volledige opschorting van de uitbetalingen door de verzekeringsinstellingen in het kader van de derdebetalersregeling ten aanzien van de eisende partijen voor een periode van 12 maanden (derdebetalersnummer 13227236).

4.

De eisende partijen vorderen de vernietiging van de bestreden beslissing en vast te stellen dat de verzekeringsinstellingen met onmiddellijke ingang moeten overgaan tot de uitbetaling aan hen in het kader van de derdebetalersregeling.

De eisende partijen vorderen tevens de veroordeling van het RIZIV tot de gedingkosten, begroot op een rechtsplegingsvergoeding van 131,18 EUR.

III. Bevoegdheid en ontvankelijkheid

5.

De rechtbank is bevoegd om kennis te nemen van de vordering (art. 167, 1^{ste} lid van de Ziekteverzekeringwet).

6.

De vordering werd ingesteld binnen de vervaltermijn van één maand (art. 167, 2^{de} lid van de Ziekteverzekeringwet) en is ontvankelijk.

IV. Feiten

7.

Dr. ... (eerste eisende partij) is huisarts te Koekelare en hij oefent zijn beroep uit via een vennootschap (tweede eisende partij).

Dr. ... , of de manier waarop hij de geneeskunde beoefent, is niet onbesproken.

Aldus blijkt:

- dat Dr. ... reeds eerder het voorwerp was van onderzoeken door het RIZIV wegens aanrekening van niet-uitgevoerde en niet-conforme prestaties en wegens overconsumptie wat betreft huisbezoeken
- dat Dr. ... bij wijze van tuchtmaatregel op 28 september 2016 werd geschrapt van de lijst van de Orde der Artsen, na schorsingen in 2012 (30 dagen+2 maanden) en 2014 (14 dagen), waarbij de schrapping werd bevestigd in graad van beroep
- dat de Provinciale Geneeskundige Commissie op 3 december 2014 het visum van Dr. ... heeft ingetrokken
- dat Dr. ... van 13 februari 2015 tot eind april 2015 onder aanhoudingsmandaat werd geplaatst wegens onwettige uitoefening van de geneeskunde en het opstellen van valse stukken.

Dr. ... merkt op dat geen van deze maatregelen een definitief karakter hebben verworven gelet op de beroepen die hij heeft ingesteld en dat hij onschuldig is tot bewijs van het tegendeel. Zijn definitieve schrapping door de Orde van Artsen werd inmiddels vernietigd door het Hof van Cassatie.

Het Openbaar Ministerie voegt toe dat Dr. ... begin 2018 door de raadkamer werd verwezen naar de correctionele rechtbank wegens de onwettige uitoefening van de geneeskunde (zonder visum-tijdens zijn schorsing) en wegens het opstellen en gebruiken van valse stukken, maar dat Dr. ... beroep heeft ingesteld tegen deze verwijzing op 18 april 2018.

8.

Met het oog op de toepassing van de antifraudemaatregel voorzien in artikel 77^{sexies} van de Ziekteverzekeringswet stelde de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV Dr. ... op 25 september 2017 in kennis van de feiten waarop ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog berusten en werd Dr. ... uitgenodigd om zijn verweermiddelen in te dienen.

Dr. ... ging daarop in op 12 oktober 2017. De bestreden beslissing volgde op 25 oktober 2017. Hierin werden de verweermiddelen van Dr. ... besproken.

Het betreft de volgende aanwijzingen :

- een onredelijk hoog aantal patiënten
- een onredelijk hoog aantal patiëntencontacten
- een erg afwijkende ratio van in rekening gebrachte raadplegingen (7,6 % van alle prestaties) versus huisbezoeken (91,1 % van alle prestaties)
- een erg afwijkend aantal huisbezoeken met enorme verplaatsingen over een groot deel van West-Vlaanderen
- een erg afwijkend voorschrijfgedrag met een hoog aantal voorschriften voor psychofarma, methadone, methadonhydrochloride en andere opioïden, en behandeling van verslaafde patiënten op een wijze die volledig in strijd is met het koninklijk besluit van 19 maart 2004 tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen
- een exorbitante toepassing van het systeem van de derde-betaler (93 %) bij alle verzekeringsinstellingen.

9.

Parallel met de genomen maatregel wordt door het RIZIV de procedure verdergezet om na te gaan of er ook daadwerkelijk een sanctie kan en dient te worden opgelegd aan Dr. ... wegens schending van de Ziekteverzekeringwet.

V. Beoordeling

10.

De wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid heeft met zijn artikel 78 in titel III, hoofdstuk V van de Ziekteverzekeringwet een afdeling XXII ingevoegd, luidende: "Bepalingen in de strijd tegen de sociale fraude."

Deze afdeling telt twee artikelen waaronder het artikel 77^{sexies} dat luidt als volgt:

"Indien er ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog voorhanden zijn in hoofde van een zorgverlener in de zin van artikel 2, n, kunnen de uitbetalingen door de verzekeringsinstellingen in het kader van de regeling derdebetaler, geheel of gedeeltelijk worden geschorst voor een periode van maximaal 12 maanden.

Elke verzekeringsinstelling of elke sociaal verzekerde kan deze aanwijzingen melden aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, die ook op eigen initiatief kan handelen. Indien een verzekeringsinstelling aanwijzingen meldt aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, deelt zij deze gelijktijdig mee aan de andere verzekeringsinstellingen.

De leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, of de door hem aangewezen ambtenaar, maakt de feiten waarop de aanwijzingen berusten ter kennisgeving over aan de zorgverlener met een aangetekende brief, die geacht wordt ontvangen te zijn de derde werkdag die volgt op die waarop de brief aan de postdiensten werd overhandigd. Hij nodigt de zorgverlener uit hem zijn verweermiddelen mee te delen met een aangetekende brief binnen vijftien werkdagen.

Na het onderzoek van de verweermiddelen, of bij afwezigheid van verweermiddelen ontvangen binnen de gestelde termijn, neemt de leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar, zijn beslissing. Indien hij beslist de uitbetalingen te schorsen, bepaalt hij de duur van de periode van de schorsing. Hij bepaalt eveneens of de schorsing geheel of gedeeltelijk is.

De uitvoerbare beslissing van de leidend ambtenaar of van de door hem aangewezen ambtenaar, is gemotiveerd. Zij wordt ter kennisgeving meegedeeld door middel van een aangetekende brief aan de zorgverlener en heeft uitwerking, niettegenstaande beroep, vanaf de derde werkdag die volgt op die waarop de brief aan de postdiensten werd overhandigd. Een afschrift van de beslissing wordt gelijktijdig ter kennisgeving meegedeeld aan de verzekeringsinstellingen.

Een niet schorsend beroep kan ingesteld worden bij de Arbeidsrechtbank die bevoegd is overeenkomstig artikel 167.

De opschorting vervalt van rechtswege indien binnen het jaar na de beslissing geen proces-verbaal van vaststelling werd opgesteld."

De Anti Fraude Commissie van het RIZIV heeft op 19 april 2017 richtlijnen uitgevaardigd betreffende de definiëring van het begrip “ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog” in de zin van artikel 77*sexies* van de Ziekteverzekeringwet (B.S. 15.09.2017). Deze luiden als volgt (eigen onderlijning):

“(…) 2. Definiëring begrippen

2.1. DE NOTIE “AANWIJZING”

Een aanwijzing van bedrog is een materieel, concreet en verifieerbaar element dat het voor de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Riziv (hierna: “DGEC”) mogelijk maakt een gegrond vermoeden van bedrog te hebben, wat niet hetzelfde is als een bewijs. Het zou immers in strijd zijn met de wil van de wetgever om de DGEC op voorhand te dwingen te bewijzen wat ze juist op grond van een bijkomend onderzoek wil bewijzen. Uit de tekst van artikel 77*sexies* GVU-wet volgt niet dat de DGEC zou moeten beschikken over bekende feiten of vaststellingen die de fraude bewijzen.

De aanwijzingen moeten niet noodzakelijk aan het licht komen tijdens het onderzoek dat wordt gevoerd door de DGEC bij de zorgverlener: zij kunnen ook resulteren uit een ander onderzoek dat werd gevoerd door de DGEC of uit inlichtingen die door de DGEC werden verkregen van andere diensten binnen het RIZIV of van derden (een verzekeringsinstelling, elke sociaal verzekerde, tarifieringsdiensten, alle diensten van de Staat, met inbegrip van de parketten en de griffies van de hoven en van alle rechtscolleges, de provincies, de gemeenten, de verenigingen waartoe ze behoren, de openbare instellingen die ervan afhankelijk zijn, alsmede van alle openbare en meewerkende instellingen van sociale zekerheid, andere dan de hiervoor vermelde private personen,...). De aanwijzingen in hoofde van de zorgverleners kunnen betrekking hebben op de ingediende getuigschriften voor verstrekte hulp of facturen die het voorwerp uitmaken van de schorsingsregeling.

2.2. DE NOTIE “ERNSTIGE”

Het moet gaan om zwaarwichtige feiten, zoals een reeks van niet verrichte prestaties. Het moet telkens gaan om een geloofwaardig, concreet en verifieerbaar element. Concrete gegevens over een omvangrijke onterechte facturatie versterken de ernst; dit kan ook het geval zijn bij reeksen van inbreuken op de conformiteit.

De aanwijzingen moeten geen bewezen feiten zijn, maar mogen ook niet berusten op wilde of vage veronderstellingen. Ze moeten voldoende geloofwaardigheid bezitten. Het moet telkens gaan om een geloofwaardig, concreet en verifieerbaar element, maar het materieel en het intentioneel element van de fraude dient niet bewezen te worden.

2.3. DE NOTIE “BEDROG”

De parlementaire voorbereidingen verwijzen betreffende de notie “bedrog” naar artikel 232 en verder van het Sociaal Strafwetboek (Parl. St. Kamer 2013-2014, doc. 53, 3349/001, blz. 65, www.de-kamer.be). Bedrog houdt kwaadwilligheid, opzettelijke misleiding en oneerlijkheid in met de bedoeling te schaden of een financieel voordeel te behalen voor zichzelf of voor een derde, in het nadeel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (Cass. 03.10.1997, Arr.Cass. 1997, 918, Pas. 1997, I, 962. Zie reeds: J. VELU, conclusie voor Cass. 13.06.1985, Pas. 1985, I, 1300; H. DE PAGE, *Traité élémentaire de droit civil belge*, I, blz. 72, nr. 55.). Dat betreft een feitenkwestie. Gewone nalatigheid, materiële vergissingen, te goeder trouw begane onjuistheden, enz. vallen niet onder dat begrip.

De aanwijzingen van bedrog hoeven niet specifiek een verband met de derdebetalersregeling te vertonen opdat de maatregel kan worden toegepast.

2.4. DE NOTIE “NAUWKEURIG”

De aanwijzingen moeten nauwkeurig zijn. De DGEC moet bijgevolg voldoende gemotiveerd en precies kunnen aangeven waarom zij in een concreet dossier meent over aanwijzingen van bedrog te beschikken. Het is niet vereist dat de kennisgeving ook nauwkeurig vermeldt om welke precieze bedoelingen te schaden het gaat. Het volstaat dat de aanwijzingen van fraude nauwkeurig worden vermeld.

2.5. DE NOTIE “OVEREENSTEMMEND”

Het volstaat niet dat de DGEC over één ernstige en nauwkeurige aanwijzing van bedrog beschikt opdat hij toepassing kan maken van het mechanisme uit artikel 77^{sexies} GVVU-wet. Er dienen verschillende aanwijzingen aanwezig te zijn, die overeenstemmend met elkaar dienen te zijn.

2.6. DE NOTIE “IN HOOFDE VAN EEN ZORGVERLENER”

Volgens de wet moeten de aanwijzingen inzake bedrog bestaan in hoofde van een zorgverlener in de zin van artikel 2, n) GVVU-wet. Artikel 2, n) GVVU-wet definieert het begrip “zorgverlener”, als volgt: “de beoefenaars van de geneeskunst, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen, de paramedische medewerkers, de verplegingsinrichtingen, de inrichtingen voor revalidatie en herscholing en de andere diensten en instellingen. Worden voor de toepassing van artikelen 73^{bis} en 142 gelijkgesteld met zorgverleners, de natuurlijke of rechtspersonen die hen tewerkstellen, die de zorgverlening organiseren of die de inning van de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verschuldigde bedragen organiseren”.

3. Lijst met voorbeelden:

Kunnen bijvoorbeeld een “ernstige en nauwkeurige aanwijzing van bedrog” vormen :

- het voorleggen van documenten of geschriften die een weglating, een verandering of vermelding van fictieve gegevens bevatten met het oog op het ontvangen van een onterechte terugbetaling van de verzekering voor geneeskundige verzorging
- het voorleggen van documenten of geschriften die werden opgesteld buiten het medeweten van de persoon die op het document staat vermeld
- het herhaaldelijk plegen van dezelfde of gelijkaardige inbreuken, zoals bijvoorbeeld de facturatie van niet verrichte prestaties, a fortiori wanneer een zorgverlener reeds definitief werd veroordeeld door de leidend ambtenaar van de DGEC, de Kamer van eerste aanleg, de Kamer van beroep, een disciplinaire instantie of ieder ander rechtscollege; (...)
- *De prestaties die werden aangerekend aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging komen onwaarschijnlijk voor, gelet op, bijvoorbeeld. De tijdsbesteding die nodig is om die prestaties te kunnen verrichten; (...)*.

11.

De eisende partijen betwisten vooreerst ten onrechte dat er sprake is van meerdere aanwijzingen (in het meervoud) van bedrog. Zij stellen dat het RIZIV slechts één aanwijzing vermeldt, met name het verrichten van zeer veel huisbezoeken. Dit is manifest onjuist, wat blijkt uit de opsomming hierboven sub. 8.

Het gaat bovendien om overeenstemmende aanwijzingen die voortvloeien uit een kennelijk grondig gevoerd onderzoek (stuk 1 van het RIZIV) waarvan uitvoerig verslag werd uitgebracht in de bestreden beslissing.

Het opgenomen cijfermateriaal toont op afdoende wijze aan dat het gaat om geregistreerde gegevens die vatbaar zijn voor controle.

De cijfers zijn sprekend. Er zijn geen internationale medische studies nodig om vast te stellen dat de aangerekende prestaties van die aard zijn dat ze onmogelijk kunnen zijn verricht op de door de eisende partijen verklaarde manier, rekening houdende met het aantal uren op een dag en de afgelegde afstanden. Daartoe volstaat het gezond verstand en een routeplanner.

Naast zijn eigen onderzoek was het in hoofde van het RIZIV ook niet onredelijk om rekening te houden met het strafonderzoek dat finaal aanleiding heeft gegeven tot een doorverwijzing van Dr. ... naar de correctionele rechtbank en met de tuchtrechtelijke voorgaanden.

Net zoals het Openbaar Ministerie meent de rechtbank dat het RIZIV terecht heeft geoordeeld dat er ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog voorhanden zijn.

Deze aanwijzingen werden niet weerlegd door de eisende partijen, wiens betoog ongeloofwaardig voorkomt. Zo gaat Dr. ... prat op zijn buitengewone fysieke conditie en zijn hoge intelligentie. Hij zou tal van patiënten hebben bij wie hij op huisbezoek gaat terwijl deze niet in hun woonplaats verblijven maar op een adres in de regio van Dr. ... Zo zou hij zeer veel huisbezoeken kunnen afleggen omdat hij hulp krijgt van 3 secretaresses en 6 verpleegsters daar waar het Openbaar Ministerie ter kennis van de rechtbank bracht dat Dr. ... slechts 1 persoon in dienst heeft (raadpleging databank DOLSIIS).

In dit stadium moet het RIZIV het bedrog ook niet bewijzen, in tegenstelling tot hetgeen de eisende partijen voorhouden (“per prestatie” en “per dag”) hoewel zij anderzijds ook verwijzen naar punt 2.2 van de Richtlijnen die terzake duidelijk zijn (“De aanwijzingen moeten geen bewezen feiten zijn, maar mogen ook niet berusten op wilde of vage veronderstellingen. Ze moeten voldoende geloofwaardigheid bezitten. Het moet telkens gaan om een geloofwaardig, concreet en verifieerbaar element, maar het materieel en het intentioneel element van de fraude dient niet bewezen te zijn”);

Het volstaat dat het RIZIV de ge kwalificeerde aanwijzingen van bedrog bewijst en dit is gebeurd. Het is pas in een volgend stadium dat het RIZIV desgevallend daadwerkelijk inbreuken op de Ziekteverzekeringwet zal vaststellen, dit in een proces-verbaal van vaststelling (art. 73*bis* en art. 142, § 2, 1^{ste} lid van de Ziekteverzekeringwet).

Dit moet gebeuren binnen het jaar na de bestreden beslissing, op straffe van verval van deze laatste.

12.

De eisende partijen roepen eveneens ten onrechte een schending van de formele motiveringsplicht en van het materiële motiveringsbeginsel in.

De bestreden beslissing is uitvoerig gemotiveerd in feite en ook haar rechtsgrond werd vermeld. De toepassing wordt afdoende weergegeven.

Het verweer van de eisende partijen voorafgaand aan de bestreden beslissing en tijdens de procedure toont aan dat zij wel degelijk begrijpen waarom de derdebetalersregeling werd opgeschort. Zodoende heeft het RIZIV voldaan aan artikel 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de motivering van bestuurshandelingen.

De motivering is bovendien deugdelijk, met verwijzing naar de feitelijke gegevens zoals deze naar voren zijn gekomen uit het onderzoek van het RIZIV, en van aard om de bestreden beslissing te dragen.

13.

De eisende partijen stellen dat ook het zorgvuldigheidsbeginsel en het redelijkheidsbeginsel geschonden zijn.

De inhoud van de bestreden beslissing toont nochtans aan dat er een uitvoerig en kennelijk grondig onderzoek aan is voorafgegaan, en dit in een dossier met voorgaanden waarmee het RIZIV vermocht rekening te houden (naar analogie Cass., 29.01.2003, A.C., 2003, 905).

De beslissing is ook niet ontgaan is van redelijkheid en het RIZIV heeft zijn beleidsvrijheid wel correct aangewend. De beslissing werd op dat punt gemotiveerd. Overigens houdt de bestreden beslissing slechts een voorlopige maatregel in, die niet definitief ingrijpt op de rechten van Dr. ...

Voor het opleggen van een dergelijke voorlopige maatregel moest de leidend ambtenaar dan ook geen verdere onderzoeksmaatregelen nemen op aangeven van Dr. ...

Dr. ... doet de waarheid geweld aan waar hij voorhoudt dat de bestreden beslissing tot gevolg heeft dat zijn minderbedeelde patiënten niet meer verder medisch kunnen worden verzorgd door hem, zodat de continuïteit van hun verzorging in het gedrang komt. De maatregel heeft immers geen enkele impact op de patiënten die wel verder van de derdebetalersregeling kunnen genieten wanneer zij Dr. ... raadplegen. Het is enkel Dr. ... die daar een (vooralsnog voorlopig) financieel nadeel van ondervindt.

14.

De eisende partijen roepen tot slot een schending van hun rechten van verdediging in, zoals gewaarborgd door artikel 6 van het EVRM, artikel 47*bis* van het Wetboek van Strafvordering en artikel 62 van het Sociaal Strafwetboek. Zij hekelen met name dat de leidend ambtenaar geen bijkomende onderzoekdaden heeft verricht op hun verzoek, daar waar de bestreden beslissing een sanctie inhoudt.

Het uitgangspunt van dit middel is evenwel foutief. Er werd aan de eisende partijen immers geen (straf)sanctie opgelegd met de bestreden beslissing, doch slechts een tijdelijke voorlopige maatregel die in deze fase nog geen afbreuk doet aan het recht op vergoeding van de eisende partijen voor de door Dr. ... geleverde prestaties.

De betalingen aan de eisende partijen worden enkel "bevroren" als bewarende maatregel van preventieve aard.

Een sanctie zal eventueel aan de eisende partijen opgelegd worden in een later stadium, in zoverre er inbreuken op de Ziekteverzekeringswet worden vastgesteld in een proces-verbaal, en dit in overeenstemming met artikel 142, § 1 van de Ziekteverzekeringswet.

VI. Kosten

15.

De eisende partijen begroten de rechtsplegingsvergoeding op 131,18 EUR, kennelijk met toepassing van artikel 4 van het koninklijk besluit van 26 oktober 2007.

Deze bepaling is echter niet van toepassing want deze procedure is geen rechtspleging bedoeld in de artikel 579 noch in artikel 1017, 2^{de} lid gerechtelijk wet. Bovendien zijn de eisende partijen geen sociaal verzekerden. De rechtsplegingsvergoeding moet worden begroot in overeenstemming met artikel 2 van het koninklijk besluit van 26 oktober 2007.

Het RIZIV begroot de rechtsplegingsvergoeding in overeenstemming met artikel 2 van het koninklijk besluit van 26 oktober 2007 op 12.000,00 EUR, hetgeen het bedrag is voor vorderingen tussen de 500.000,01 EUR en 1.000.000,00 EUR. Het voorliggende beroep tegen de administratieve beslissing *de dato* 25 oktober 2007 van het RIZIV is echter een “niet in geld waardeerbare vordering”.

Opdat een vordering in geld waardeerbare zou zijn volstaat het niet dat de financiële inzet van het geding kan worden bepaald.

Wel is vereist dat er een welbepaalde som wordt gevorderd in de inleidende akte dan wel in de laatste conclusie (G. DE LEVAL et F. EORGES, Précis de droit judiciaire, t. I, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 335, n° 507; H. BOULARBARH, “Actualités en matière de répétabilité des frais et honoraires d’avocat” in Actualités en droit judiciaire, Anthémis, CUP, vol. 122, 2010, p. 170). Dit is niet het geval *in casu*.

De rechtsplegingsvergoeding wordt daarom bepaald op 1.440,00 EUR.

OM DEZE REDENEN

DE RECHTBANK

Na eensluidend mondeling advies van de heer ... , substituut-arbeidsauditeur.

Rechtsprekend op tegenspraak.

Verklaart de vordering ontvankelijk doch ongegrond.

Veroordeelt de eisende partijen tot de gedingkosten, door de eisende partijen begroot op een rechtsplegingsvergoeding van 131,18 EUR doch de rechtbank gebracht op 1.440,00 EUR en door het RIZIV begroot op een rechtsplegingsvergoeding van 12.000,00 EUR maar door de rechtbank herleid tot 1.440,00 EUR.

...

VIII. Tribunal du travail d'Anvers, section d'Anvers, 23 octobre 2018

Nomenclature des prestations de santé, article 6, § 5, 3.A.3
- Ordre public

La nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités relève de l'ordre public. Le juge ne dispose pas - même dans un cas digne d'intérêt - de la liberté d'y déroger.

R.G. 16/3709/A

... c./O.A. et INAMI

...

2. Voorgaanden

Met tussenvonnis van 4 mei 2017 werd de vordering van eisende partij ontvankelijk verklaard, doch alvorens ten gronde te beslissen werd een geneesheer-deskundige aangesteld met opdracht eisende partij te onderzoeken, en na te gaan of zijn medische toestand het verantwoordt om binnen de termijn van zeven jaar, zoals voorzien door de nomenclatuur van het RIZIV, te voorzien in de hernieuwing van een tandprothese.

Het definitief deskundig verslag van dokter M. ... werd ontvangen ter griffie op 24 april 2018.

3. Deskundigen verslag

In dit verslag komt de deskundige, na grondig medisch onderzoek van eisende partij, tot het volgend besluit:

"(...) Ik heb mij als oncoloog-expert gefocust op de medische indicatie die destijds leidde tot de beslissing voor hernieuwing van de prothese. Daarenboven heb ik de patiënt gezien en rekening gehouden met de impact van de nieuwe prothese op de huidige levenskwaliteit van de patiënt.

De uitgebreide chirurgische interventie (08/2014) en het moeilijk post-operatief verloop voor het recidief van het larynxcarcinoom resulteerde in een belangrijk gewichtsverlies en een impact op de algemene conditie. In zulke situatie is optimalisatie van de voedingstoestand en absolute must. Die moeten toelaten een verdere revalidatie mogelijk te maken. Een aanpassing/vervanging van een bestaande prothese is vaak een noodzaak. In deze specifieke casus wordt deze beslissing zelfs gemotiveerd door een beslissing van een MOC. Indien men de huidige klinische toestand indachtig is, dan kan men alleen maar vaststellen dat de vernieuwing van de prothese een belangrijke impact heeft gehad op de levenskwaliteit van de patiënt. Dit zowel qua voedingstoestand als qua stemproblematiek. Daarenboven is er de co-morbiditeit van de essentiële trombocytose. Hoewel goed onder controle, kan deze trombocytose aanleiding geven tot verwickelingen bij een onaangepaste prothese.

Vanuit medisch standpunt kan ik dus enkel achter de beslissing staan om de prothese aan te passen of te vervangen binnen een termijn korter dan de wettelijk voorziene termijn (7 jaar).

Deze visie als oncoloog had ik graag nog ondersteund gezien door een expert-tandarts. Hiervoor werd initieel advies gevraagd bij collega Hij verwees me naar collega ... voor een tweede opinie in dit dossier. Collega ... heeft op vrijdag 3 november 2017 het dossier ontvangen. Wij zijn in afwachting van zijn antwoord.

Vanuit juridisch technisch standpunt kan ik de argumentatie van de Technische Raad volledig begrijpen. Een strikte toepassing van de wetgeving hieromtrent is een absolute noodzaak. Doch in deze specifieke casus van ... neem ik mij de vrijheid toe op basis van de hoger beschreven om de vraag van de rechtbank namelijk of de medische toestand het verantwoordt om binnen de termijn van 7 jaar, zoals voorzien daar het RIZIV, te voorzien in de hernieuwing van een tandprothese positief te beantwoorden.

4. Beoordeling

De deskundige komt in zijn gemotiveerd verslag tot het besluit dat hij vanuit juridisch technisch standpunt de argumentatie van de Technische Raad volledig kan begrijpen. Een strikte toepassing van de wetgeving hieromtrent is een absolute noodzaak.

Doch in deze specifieke *casus* van ... neemt hij de vrijheid om op basis van het hoger beschrevene om de vraag van de rechtbank, namelijk of de medische toestand het verantwoordt om **binnen de termijn van 7 jaar**, zoals voorzien door het RIZIV, te voorzien in de hernieuwing van een tandprothese positief te beantwoorden.

Het deskundig verslag werd aan partijen in voorlezing verzonden en de deskundige ontving geen opmerkingen van partijen.

In conclusies neergelegd ter griffie op 6 augustus 2018 verwijst het RIZIV, daarin bijgetreden door eerste verweerster, naar de wetgeving ter zake en de daarin opgesomde specifieke gevallen die wel in aanmerking komen voor vroegtijdige vervanging.

De nomenclatuur van het RIZIV is evenwel **van openbare orde. De rechter beschikt niet over de vrijheid om af te wijken van de wettelijke bepaling.**

Vermits de deskundige uitdrukkelijk stelt dat vanuit juridisch technisch standpunt eisende partij niet voldoet aan de wettelijke bepalingen om vervroegd tussenkomst in een implantaatprothese te bekomen en evenmin voldoet aan de wettelijke uitzonderingen, kan de rechtbank niet anders dan te stellen dat eisende partij *hic* et *nunc* niet in aanmerking komt voor tussenkomst voor de vroegtijdige vervanging.

Zelfs in een behartenswaardig geval als het gene thans voorligt, kan de wet, die in *casu* van openbare orde is, niet terzijde worden geschoven.

Dura lex, sed lex.

Anders ware het geweest indien de deskundige tot de bevinding was gekomen dat eisende partij voldeed aan één van de wettelijke uitzonderingen, hetgeen thans niet blijkt.

Mogelijk kan eisende partij nog beroep doen op het BIJZONDER SOLIDARITEITSFONDS teneinde tussenkost te bekomen.

De vordering van eisende partij dient derhalve als ongegrond te worden afgewezen.

5. Kosten deskundig onderzoek

Partijen maakten geen opmerkingen in verband met de ereloon- en kostenstaat van de deskundige.

6. Rechtsplegingsvergoeding

Door eisende partij wordt het maximumbedrag aan rechtsplegingsvergoeding gevraagd voorzien in artikel 4 van het koninklijk besluit van 26 oktober 2007 tot vaststelling van het tarief van de rechtsplegingsvergoeding.

Als argument wordt door eisende partij de complexiteit van de procedure door de aanstelling van een deskundige en het opvolgen van het deskundigenonderzoek aangehaald.

De rechtbank is van oordeel dat deze eis gerechtvaardigd voorkomt.

7. Beslissing

Na beraadslaging beslist de rechtbank op tegenspraak, als volgt.

Verklaart de vordering van eisende partij **ongegrond**.

Bevestigt de bestreden administratieve beslissing van 23 maart 2016 van de gewestelijke commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit.

Zegt voor recht dat eisende partij niet gerechtigd is op een voortijdige vervanging van de prothese.

...

3^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



Service d'évaluation et de contrôle médical

Missions – Infractions commises par les dispensateurs –
Enquêtes de contrôle – Montants – Remboursements –
Solutions envisagées

Question n° 2359 posée le 26 avril 2018 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Madame la Représentante CASSART-MAILLEUX¹

Le Service d'évaluation et de contrôle médical (SECM) a des missions en lien avec le contrôle des prestations de santé remboursables et des prestations de l'assurance indemnités.

Parmi elles, le SECM constate, entre autres, les infractions commises par les dispensateurs qui portent en compte indûment des prestations à l'assurance soins de santé, par exemple des prestations non effectuées ou non conformes à la législation.

1. En 2015, 2016 et 2017, combien d'infractions de ce type ont été constatées par le SECM et pour quel montant ? Les facteurs d'augmentation ou de diminution de ces résultats ont-ils été identifiés ? Dans l'affirmative, quels sont-ils ?
2. Quelles suites sont données à ces constats ? Des récidives ont-elles été constatées ?
3. Quelles sont les pistes de solution envisagées, suggérées ou mises en place pour diminuer encore le nombre d'infractions commises par les dispensateurs qui portent en compte indûment des prestations à l'assurance soins de santé, par exemple des prestations non effectuées ou non conformes à la législation ?

Réponse :

1. Pour chaque année au cours de laquelle le Service d'évaluation et de contrôle médical (SECM) a clôturé les enquêtes de contrôle, j'indique dans le tableau 1 ci-dessous, le nombre d'infractions pour des prestations non réalisées et non conformes (à la nomenclature) ainsi que les montants à charge respectifs. Il y a plusieurs infractions par enquête. Certaines infractions peuvent se recouper lors d'une même enquête.

1. Bulletin n° 173, Chambre, session ordinaire 2018-2019, p. 126.

Tableau 1. Nombre d'infractions non réalisées et non conformes avec le montant à charge

	2015		2016		2017	
	Infractions	Montant (EUR)	Infractions	Montant (EUR)	Infractions	Montant (EUR)
Non réalisé	661.697	2.804.398,57	151.119	1.850.598,70	185.756	2.217.001,92
Non conforme	458.698	9.090.110,27	357.705	7.292.395,23	761.052	4.912.824,18

Le nombre et les montants à charge peuvent varier d'une année à l'autre en raison d'un certain nombre d'enquêtes de contrôle thématique comportant des montants importants et/ou un grand nombre d'infractions.

Le nombre d'enquêtes a diminué ces dernières années.

2. Pour tout constat, le SECM dresse un procès-verbal en demandant un remboursement spontané. En fonction de la nature de l'infraction, de la sévérité des infractions constatées, ainsi que du remboursement spontané éventuel, trois types de suite peuvent être données : clôture après un remboursement spontané, procédure devant le fonctionnaire dirigeant du SECM ou la chambre de première instance et enfin, la transmission à l'autorité compétente. Vous trouverez dans le tableau 2 ci-dessous, les nombres par enquête.

Tableau 2. Nombre de dossiers en procédure, clôturés après un remboursement spontané ou avec une action pour des tiers

	2015	2016	2017
Procédure	111	78	60
Clôture après remboursement spontané	278	203	191
Action pour tiers	110	107	108

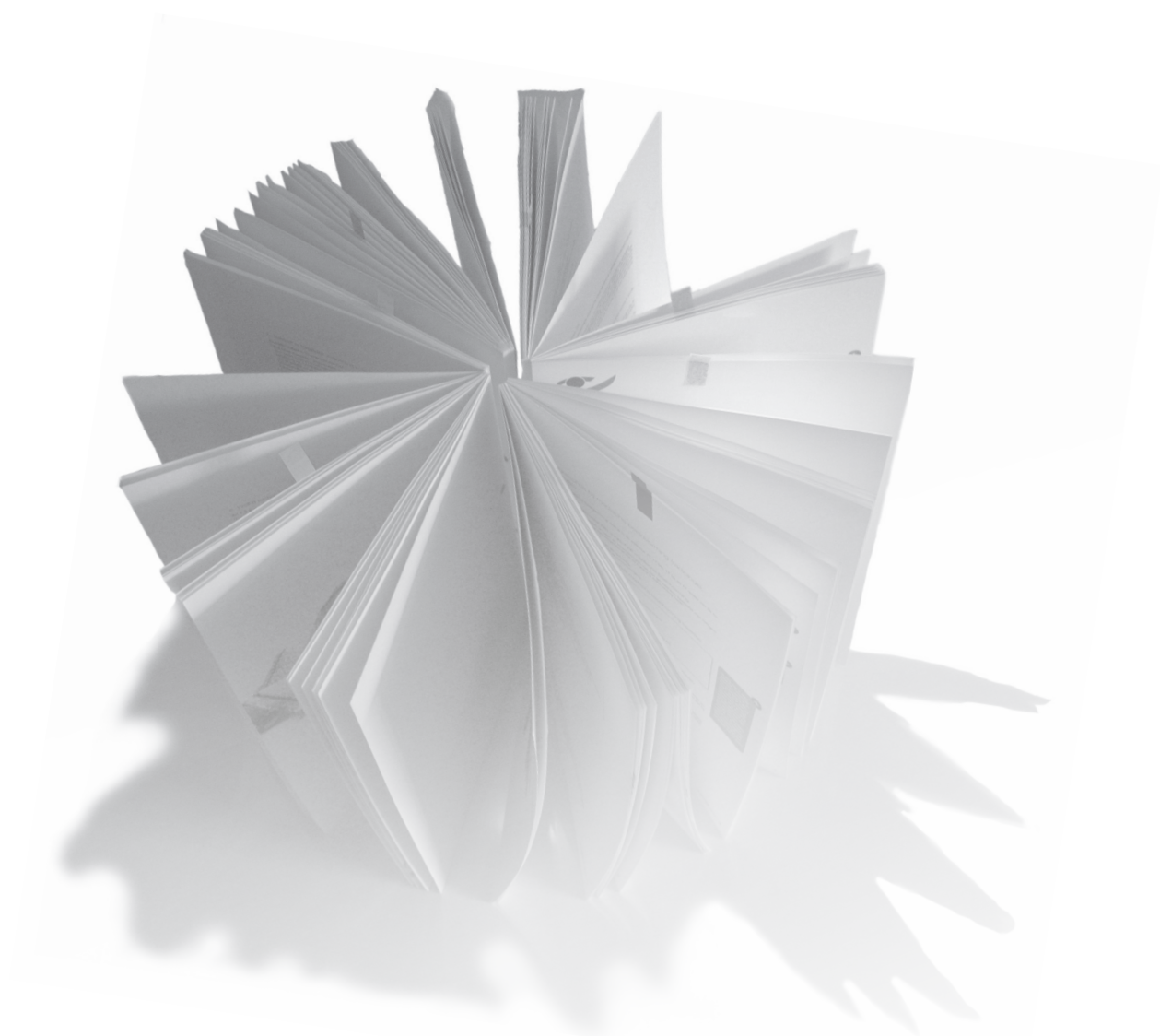
Il est tenu compte des antécédents lors la détermination du montant de l'amende administrative. Les décisions anonymisées et définitives des juridictions administratives de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) peuvent être consultées sur le site web de l'INAMI. (rubrique Professionnels, Info pour tous).

3. Le SECM travaille dans divers domaines, avec les ressources disponibles, afin d'avoir un impact sur le comportement de facturation des dispensateurs de soins, entre autres :

- l'analyse systématique des risques sur base des données disponibles, en essayant d'avoir accès à des données récentes
- une focalisation sur des contrôles thématiques efficaces
- un suivi proactif des fraudeurs intentionnels
- l'accent sur la prévention au moyen de campagnes d'information personnalisées
- des avis concrets en vue d'une réglementation plus claire
- la mise à disposition d'infobox pour les dispensateurs de soins.

4^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Intégration dans l'assurance obligatoire soins de santé des internés placés dans un établissement de soins

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2018.

I. Contexte

L'arrêté royal portant modification 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, concernant les internés, sera publié au Moniteur belge.

Ceci vaut aussi pour le Règlement du 23 octobre 2017 modifiant le Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Ces adaptations réglementaires se placent dans le cadre de la décision du gouvernement d'intégrer à partir du 1^{er} janvier 2018 dans l'assurance obligatoire soins de santé les internés qui sont placés dans un établissement de soins.

Cela implique que ces personnes ont droit à partir du 1^{er} janvier 2018 au remboursement des prestations de soins de santé à charge des organismes assureurs.

La suspension du remboursement des prestations de soins de santé par l'organisme assureur est levée à partir du 1^{er} janvier 2018 pour la période du placement dans un établissement de soins.

Par le projet d'arrêté royal susmentionné, trois modifications sont apportées :

- 1) Une suspension du stage durant la période de placement ;
- 2) Une suspension de l'obligation de cotisation comme titulaire résident ;
- 3) Une précision de la prise d'effet de l'inscription/réinscription de l'interné placé.

II. Clarification du groupe cible

a) Délimitation du groupe cible

Conformément à l'arrêté royal susmentionné, l'intégration est d'application pour les internés placés : il s'agit des internés pour lesquels la chambre de protection sociale a pris une décision de placement.

Par conséquent, le critère (décision de placement) ne tient en principe pas compte du type d'établissement dans lequel les internés placés pourront se retrouver. Cela ne concerne donc pas seulement les internés placés dans les hôpitaux (généralistes et psychiatriques) mais aussi les internés qui sont placés dans des établissements qui relèvent de la compétence des entités fédérées : maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques, institutions pour personnes handicapées, etc.

Rien n'est modifié quant au financement spécifique des centres de psychiatrie légale, avec pour conséquence que les internés qui sont placés dans un CPL (Gand ou Anvers) ne font pas partie du groupe cible.

Cela vaut aussi pour les internés qui sont placés dans des institutions du SPF Justice (établissements ou divisions de défense sociale = Pfaive, Turnhout, Brugge et Merkplas). Ceux-ci restent à charge du SPF Justice pour leurs soins de santé.

b) Communication à l'O.A. du statut d'interné placé

L'O.A. sera toujours mis au courant du fait qu'un affilié a été placé comme interné dans un établissement de soins.

Durant le dernier trimestre 2017, chaque O.A. recevra une liste des internés placés dans un établissement de soins qui sont affiliés auprès de lui.

Ensuite, le placement d'un membre comme interné sera communiqué à l'O.A. par l'hôpital via le message 721*bis* de MyCarenet (notification d'hospitalisation).

En attendant l'adaptation du message 721*bis* de MyCarenet, la notification à l'O.A. se déroulera au moyen d'un formulaire papier spécifique.

III. Pour quelles prestations (et pour quels séjours) l'assurance obligatoire soins de santé peut-elle intervenir ?

Les internés placés bénéficieront des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et donc plus précisément des soins pour lesquels l'AMI peut intervenir via la facturation classique.

IV. Le paiement du ticket modérateur par le SPF Justice compte dans le cadre du maximum à facturer

Conformément à la décision du gouvernement, le SPF Justice prendra en charge le ticket modérateur (de même que les médicaments non remboursés, les éventuels suppléments et autres coûts).

Le ticket modérateur qui est payé par le SPF Justice est pris en compte dans le cadre du maximum à facturer.

Les tickets modérateurs qui ont été payés en trop par le SPF Justice parce que, dans le cadre du MâF 100 %, le droit au MâF a été communiqué plus tard au dispensateur de soins, doivent être remboursés par l'O.A. au SPF Justice.

Outre ces particularités, les règles habituelles du MâF sont d'application.

V. Intégration administrative : filet de sécurité résiduaire au niveau de l'assurabilité

Le gouvernement désire que les règles AMI habituelles soient le plus possible appliquées.

Cependant, un filet de sécurité résiduaire est prévu pour garantir que l'organisme assureur puisse payer les soins de santé pendant la période de placement dans un établissement de soins.

Ainsi, si un interné placé a droit aux soins de santé conformément aux règles habituelles d'assurabilité, l'organisme assureur doit utiliser cette solution et le filet de sécurité résiduaire ne sera pas utilisé.

> Exemple 1 : X bénéficie d'une intervention comme personne handicapée et est inscrit en tant que titulaire personne handicapée. X est interné et ensuite placé dans un hôpital psychiatrique. L'organisme assureur de X n'utilise pas le filet de sécurité résiduaire.

Si un interné placé n'a pas droit aux soins de santé conformément aux règles habituelles d'assurabilité, l'organisme assureur peut utiliser le filet de sécurité résiduaire.

> Exemple 2 : X est inscrit en tant que titulaire travailleur salarié mais a un bon de cotisation insuffisant pour l'année (de référence) 2016, de sorte que son droit aux soins de santé n'a pas été prolongé par l'organisme assureur pour 2018. X est placé le 1^{er} février 2018 comme interné dans un hôpital psychiatrique. L'organisme assureur de X utilise le filet de sécurité résiduaire.

Le caractère résiduaire du filet de sécurité n'entraîne pas une obligation pour l'organisme assureur de vérifier en permanence si l'interné est éligible pour une autre qualité. Cependant, la tâche générale de l'organisme assureur consiste toujours à rechercher la solution la plus avantageuse pour l'assuré social. Pour un interné placé, le passage à une autre qualité peut être important à la lumière d'une future libération.

VI. Filet de sécurité résiduaire : suspension de l'obligation de cotisation comme titulaire résident

a) Explication

L'article 134, alinéa 9, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 a été complété par la phrase suivante :

"Le paiement de la cotisation est suspendu pour le bénéficiaire qui est placé dans un établissement de soins conformément à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, à l'exception des institutions visées à l'article 3, 4°, a), b) et c) de cette loi."

Afin de pouvoir effectuer une évaluation du coût du filet de sécurité résiduaire pour l'assurance obligatoire soins de santé, il est demandé à l'organisme assureur d'effectuer une enquête sur le revenu afin de déterminer la cotisation applicable. Cette cotisation doit être communiquée au Service du contrôle administratif de l'INAMI selon des modalités à déterminer.

La réalisation de cette enquête sur les revenus n'empêche pas que l'interné placé soit d'ores et déjà inscrit comme titulaire résident.

La suspension de l'obligation de cotisation en tant que titulaire résident signifie également qu'aucune cotisation de validation visée à l'article 252, alinéa 7, ne doit être versée en cas d'inscription ou de réinscription d'un interné placé.

b) Première situation : l'interné placé doit être inscrit/réinscrit

Dans le cas où un interné placé est inscrit/réinscrit, cette personne est inscrite en qualité de titulaire résident, à moins qu'une autre qualité soit possible et semble plus opportune pour l'assuré social.

Exemple 3 : X n'est plus inscrit auprès d'un O.A. La validité de son inscription a expiré le 31 décembre 2017 car il n'avait aucun droit en 2016 et 2017. X est placé le 1^{er} février 2018 comme interné dans un hôpital psychiatrique. Avec l'aide du service social de l'hôpital, X est réinscrit auprès de l'O.A. Y. L'O.A. Y inscrit X en tant que titulaire résident et ouvre le droit sans que X doive payer une cotisation de validation.

c) Deuxième situation : l'interné placé a une inscription valide

Dans le cas où un interné placé est inscrit auprès d'un organisme assureur mais n'a plus droit aux soins de santé, l'organisme assureur fait appel à la qualité de titulaire résident pour prolonger le droit, à moins qu'une autre qualité soit possible et semble plus opportune pour l'assuré social. Dans ce cas, le droit est prolongé pour une année civile conformément aux règles habituelles de prolongation des droits.

Exemple 4 : X est inscrit auprès de l'O.A. Y mais son droit n'a pas été prolongé pour 2018 car il n'a pas suffisamment travaillé en 2016 et la cotisation complémentaire n'a pas (encore) été payée. Le 1^{er} février 2018, X est placé comme interné dans un hôpital psychiatrique. Via le message MyCaret 721bis (ou les versions papier 721bis en attendant l'adaptation des messages MyCaret), l'hôpital communique à l'O.A. Y que X est placé en tant qu'interné. L'O.A. Y modifie la qualité de X en titulaire résident pour 2016 et prolonge le droit aux soins de santé de X à partir du 1^{er} janvier 2018.

Il est possible qu'un interné ait été radié du registre national des personnes physiques au cours de l'année de référence ou de l'année suivante, ce qui fait que la qualité de titulaire résident ne peut pas être utilisée. Dans le cas où l'interné peut faire appel à une autre qualité pendant l'année de référence ou l'année suivante, mais que les cotisations liées à cette qualité ne peuvent pas être payées, l'organisme assureur peut prolonger le droit nonobstant le non-paiement de ces cotisations. Cela suppose une modification 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.

Exemple 5 : X est inscrit auprès de l'O.A. Y en tant que titulaire travailleur salarié mais son droit n'a pas été prolongé pour 2018 car il n'a pas suffisamment travaillé en 2016 et le complément de cotisation n'a pas (encore) été payé. X est radié du registre national le 1^{er} juin 2016. Le 1^{er} décembre 2017, X est licencié. Le 1^{er} février 2018, X est placé comme interné dans un hôpital psychiatrique. Le 1^{er} février 2018, X est de nouveau inscrit dans le registre national. Puisque X a été rayé du registre national entre le 1^{er} juin 2016 et le 31 janvier 2018, l'O.A. Y ne peut, pour X, effectuer un changement de qualité vers titulaire résident pour 2016. L'O.A. Y prolonge le droit aux soins de santé de X à compter du 1^{er} janvier 2018 par le recours à la qualité de titulaire salarié de X au cours du dernier trimestre de 2016 nonobstant le fait que le complément de cotisation pour 2016 n'a pas (encore) été payé.

d) Fin du placement = fin du filet de sécurité résiduaire

La suspension du paiement de la cotisation en tant que titulaire résident prend fin le dernier jour du trimestre au cours duquel le placement dans l'établissement de soins a pris fin.

L'O.A. sera toujours informé de la fin du placement.

Par le placement dans un hôpital, cela sera effectué sur la base du message MyCaret 727 (notification de fin d'hospitalisation).

En attendant l'adaptation du message MyCaret 727, la notification à l'O.A. se fera sur la base d'un formulaire papier spécifique.

Si l'interné est placé dans un établissement relevant de la compétence des entités fédérées, l'établissement informera l'O.A. sur la base d'une communication *ad hoc* spécifique indiquant que le placement a pris fin.



Exemple 6 : X a été placé dans un hôpital psychiatrique à partir du 1^{er} février 2017. La chambre de protection sociale décide de libérer X à l'essai à partir du 1^{er} février 2018. Le jugement visé est communiqué à l'hôpital par la chambre de protection sociale. Le 1^{er} février 2018, l'hôpital envoie un message MyCaret 727 (ou un formulaire papier 727 en attendant l'adaptation des messages MyCaret) à l'O.A. de X. X paie à nouveau ses cotisations en tant que titulaire résident à compter du 1^{er} avril 2018.

S'il est mis fin au placement de l'interné dans un établissement de soins parce que l'interné est placé dans un CPL (Gand ou Anvers) ou une institution de défense sociale (Pfaive, Bruges, Merksplas, Turnhout), le droit aux soins de santé doit être suspendu pendant la période de placement dans le CPL ou l'institution de défense sociale.

VII. Perte du droit de séjour d'un interné placé étranger : maintien du droit

Les ressortissants étrangers sans droit de séjour qui sont placés en tant qu'internés dans un établissement de soins ne peuvent prétendre à la qualité de titulaire résident et restent donc à charge du Service public fédéral Justice pour leurs soins de santé.

Par conséquent, ils ne font pas partie du groupe cible de la décision du gouvernement d'intégrer les internés placés dans un établissement de soins dans l'assurance obligatoire soins de santé.

Les ressortissants étrangers ayant un droit de séjour peuvent faire appel à l'assurance obligatoire soins de santé, de sorte que les internés de cette catégorie placés dans un établissement de soins sont intégrés dans l'assurance obligatoire soins de santé.

Dans le cas où un interné placé étranger perd son droit de séjour pendant la période de placement, les règles AMI habituelles s'appliquent et donc la prolongation prévue à l'article 122 (ouverture du droit jusqu'au 31.12 de l'année suivant l'inscription), 123 (prolongation du droit comme titulaire du 01.01 au 31.12) et 127 (maintien du droit jusqu'au 31.12 pour la personne à charge qui perd sa qualité) de la loi AMI.

En outre, dans ce cas, l'O.A. examinera de nouveau, conformément aux règles AMI habituelles, si l'interné n'est pas admissible pour une autre qualité.

Exemple 7 : X est un réfugié reconnu. Il a été inscrit comme titulaire résident le 1^{er} avril 2017, ce qui fait que son droit à l'AMI est ouvert jusqu'au 31 décembre 2018. X est placé comme interné dans un hôpital psychiatrique à compter du 1^{er} février 2018. Le 1^{er} juin 2018, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides décide de retirer le statut de réfugié de X. X est radié du registre national des personnes physiques le 1^{er} juin 2018. Comme X n'est pas inscrit au registre national durant le dernier trimestre de 2018 et 2019, et qu'il ne peut pas faire appel à une autre qualité, son droit ne pourra pas être prolongé en 2020 et il sera de nouveau à charge du SPF Justice à compter du 1^{er} janvier 2020 pour ses soins de santé.

VIII. Prise d'effet d'une nouvelle inscription en tant que titulaire résident d'un interné placé

L'article 252, alinéa 7, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 a été complété par la phrase suivante :

“L'inscription du bénéficiaire qui est placé dans un établissement de soins conformément à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, à l'exception des institutions visées à l'article 3, 4°, a), b) et c) de cette loi, prend effet à compter du jour du placement.”

Cette disposition vise à garantir que l'organisme assureur puisse payer les soins de santé pendant la période de placement dans un établissement de soins.

Conformément à la règle générale prévue à l'article 252 de l'arrêté précité, une inscription en tant que titulaire résident prendra effet le premier jour du trimestre au cours duquel l'inscription a été demandée.

Dans le cas où l'inscription d'un interné placé en tant que titulaire résident n'est pas demandée dans le même trimestre que celui où le placement a commencé, la nouvelle règle a comme conséquence que l'inscription prendra effet au cours du trimestre où le placement a commencé.

L'organisme assureur peut alors faire prendre effet à l'inscription soit le jour du début du placement, soit le premier jour du trimestre au cours duquel le placement a commencé.

IX. Filet de sécurité résiduaire : suspension du stage

L'article 130, § 1^{er}, alinéa 6, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 a été complété avec la phrase suivante :

“Le stage est suspendu pendant la période pendant laquelle le bénéficiaire est placé dans un établissement de soins conformément à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, à l'exception des institutions visées à l'article 3, 4°, a), b) et c) de cette loi.”

L'objectif de cette disposition est d'éviter qu'un stage ait pour conséquence qu'un interné placé n'aurait pas droit au remboursement à charge de l'organisme assureur pendant la période de placement.



Exemple 8 : X n'a pas de droit en 2016 et 2017 car il n'a pas payé ses cotisations. Le 1^{er} janvier 2018, la validité de l'inscription de X est perdue. X est placé comme interné dans un hôpital psychiatrique à compter du 1^{er} février 2018. Il est réinscrit en tant que titulaire résident auprès d'un O.A. le 1^{er} mars 2018 avec effet au 1^{er} janvier 2018. X est tenu de respecter une période de stage du 1^{er} janvier 2018 au 30 juin 2018. Étant donné que X a été placé dans un établissement de soins en tant qu'interné, ce stage est suspendu, de sorte que X a droit à un remboursement à charge de l'O.A. à compter du 1^{er} janvier 2018.

La suspension du stage pendant le placement signifie que le stage est reporté au lendemain de la fin du placement.

L'interné placé ne devra pas effectuer de stage, également après que le placement a pris fin, au cas où l'O.A. ainsi que le Service du contrôle administratif reconnaîtraient que la personne concernée se trouve dans une situation digne d'intérêt.

X. Moment de la levée de la suspension du paiement des prestations par l'organisme assureur

Comme indiqué ci-dessus, l'intégration implique que la suspension du paiement des prestations soins de santé par l'organisme assureur est annulée pour la période de placement dans un établissement de soins.

Si une personne est internée, le juge pénal décide généralement qu'elle est immédiatement enfermée. Elle est alors enfermée dans un service psychiatrique d'une prison en attendant la décision de la chambre de protection sociale sur la manière dont l'internement sera mis en œuvre.

Pendant que la personne est en prison, son droit au paiement des prestations soins de santé par l'organisme assureur est suspendu.

Cette suspension est levée lorsqu'une personne internée est admise dans l'établissement de soins où elle a été placée par la chambre de protection sociale.

Cette date d'admission peut donc différer de la date à laquelle la décision de la chambre de protection sociale du placement dans un établissement de soins a été prononcée.



Circulaire O.A. n° 2018/6 – 2272/2 du 10 janvier 2018.

II. Application des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 - Autorisation préalable pour des soins de rééducation fonctionnelle en Allemagne

1. Introduction

Des mesures spécifiques ont été convenues pour donner l'accès aux soins de rééducation fonctionnelle en Allemagne aux assurés de la législation belge résidant sur le territoire des Cantons de l'Est, et les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt. Dorénavant, ces assurés peuvent bénéficier d'une autorisation préalable délivrée par le médecin-conseil de leur mutualité. La présente circulaire donne un aperçu des conditions et des modalités de délivrance de cette autorisation.

2. Conditions – Définitions

§ 1^{er}. Le médecin-conseil peut délivrer une attestation préalable (formulaire S2, ex-formulaire E.112) aux assurés résidant sur le territoire des Cantons de l'Est et les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt, pour :

- une rééducation "classique" (locomotrice, cardiaque,...), et
- des formes de rééducation psychiatrique/psychosomatique

dans un des centre de rééducation figurant dans la liste en annexe. L'autorisation préalable est ultérieurement confirmée par le Collège des médecins-directeurs.

§ 2. Les Cantons de l'Est comprennent les neuf communes de la Communauté germanophone (Eupen, La Calamine, Lontzen, Raeren, Amblève, Bullange, Burg-Reuland, Butgenbach et Saint-Vith) ainsi que les communes de Malmédy et Waimes.

§ 3. Par "rééducation fonctionnelle", il faut entendre les prestations qui sont actuellement remboursées par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre des conventions de rééducation et de la nomenclature des prestations de rééducation. L'autorisation préalable peut concerner tant les prestations dispensées en ambulatoire que celles requérant une hospitalisation ou un séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle. L'autorisation préalable est en principe limitée à trois mois. Elle peut être délivrée pour une durée plus longue mais sa durée ne peut jamais excéder celle autorisée si la rééducation avait lieu sur le territoire belge.

§ 4. Une autorisation (préalable) peut uniquement être délivrée si le plan de traitement montre qu'un équivalent remboursé par l'assurance maladie obligatoire belge existe pour le programme de rééducation demandé. Si la rééducation en question n'est pas comprise dans l'ensemble des prestations belges, aucune autorisation préalable ne peut être délivrée. C'est pourquoi la fourniture d'un plan de traitement est un élément essentiel d'une demande d'autorisation (préalable) pour une rééducation.

3. Procédure et modalités

§ 5. L'assuré doit introduire une demande écrite auprès du médecin-conseil de son organisme assureur pour obtenir une autorisation préalable (voir Circ. O.A. n° 2014/440 du 14.11.2014, Titre II, chapitre II, section IV). La demande doit être accompagnée d'un rapport médical circonstancié établi par un médecin spécialiste qui est spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et qui est légalement autorisé à exercer la médecine dans un État membre de l'Espace Économique Européen ou en Suisse. Dans le cas où la demande ne contiendrait pas de formulaire "demande d'intervention dans les frais de rééducation fonctionnelle" celui-ci sera transmis sans délai au demandeur qui doit le retourner dûment complété et signé au médecin-conseil.

§ 6. Les médecins-conseils doivent suivre les directives suivantes lorsqu'ils traitent une demande d'autorisation préalable :

- étape 1 : contrôler (en se basant sur un plan de traitement) si la rééducation dispensée en Allemagne fait partie des prestations de l'assurance maladie belge obligatoire. Si tel n'est pas le cas, aucune autorisation préalable ne peut être délivrée. Dans le cas contraire, le médecin-conseil passe à l'étape suivante
- étape 2 : contrôler si l'hôpital allemand figure sur la liste en annexe. Si c'est le cas, le médecin-conseil passe à l'étape suivante
- étape 3 : le médecin-conseil peut délivrer une autorisation préalable et informe sans délai le Collège des médecins-directeurs. Dans le cas où le médecin-conseil estime devoir refuser l'autorisation préalable, il envoie le dossier au Collège des médecins-directeurs qui prendra une décision à ce sujet.

§ 7. Si une demande concerne une rééducation dans un centre allemand qui ne figure pas sur la liste reprise en annexe¹, il reste la possibilité d'introduire une demande motivée auprès du Collège des médecins-directeurs qui prendra une décision à ce sujet. Si pour une pathologie psychiatrique/psychosomatique, un doute existe quant à la nature de la prestation, à savoir un traitement ou une rééducation, le médecin-conseil doit envoyer le dossier pour avis au Collège des médecins-directeurs.



la procédure de délivrance d'une autorisation préalable par le médecin-conseil pour des prestations de rééducation dispensées dans un des centres de rééducation allemands repris en annexe vaut uniquement pour une rééducation qui commence entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2018 inclus.

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018 (abroge la circulaire O.A. n° 2017/1-83/467 du 04.01.2017)



Circulaire O.A. n° 2018/70 – 83/481 du 2 mars 2018.

1. Non publiée ici.

III. Remboursement des prestations de santé dispensées pendant un séjour temporaire dans un pays où les dispositions des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 ou une convention bilatérale en matière de sécurité sociale s'appliquent

Cette circulaire a pour objectif d'expliquer les modalités de l'octroi d'une intervention dans les frais de prestations de santé prodiguées à un bénéficiaire de l'assurance soins de santé obligatoire pendant un séjour temporaire dans un pays où s'appliquent les dispositions des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 ou d'un accord bilatéral en matière de sécurité sociale.

Les dispositions de cette circulaire ne s'appliquent pas à l'octroi de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le coût des prestations en nature que le bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé a reçues à l'étranger et pour lesquelles son organisme assureur lui a délivré une autorisation préalable sur base de l'article 20 du Règlement (CE) n^o 883/2004 ou dans le cadre des conventions de coopération transfrontalière (ZOAST, la disposition Ostbelgien,...).

Les dispositions de la présente circulaire, en particulier en ce qui concerne l'octroi d'un remboursement en appliquant un pourcentage moyen de 75 %, ne sont toutefois pas applicables à la situation d'un assuré social qui se rend à l'étranger dans le but de se faire soigner et qui a droit au remboursement des soins de santé en application du Règlement (CE) n^o 883/2004 ou en application du tarif et des conditions de l'assurance obligatoire soins de santé belge (en application de l'art. 294, § 1^{er}, 13^o et 14^o de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994 – ci-après : A.R. du 03.07.1996).

Enfin, le remboursement au pourcentage moyen de 75 % ne s'applique pas aux soins de santé prodigués par un prestataire privé qui ne travaille pas dans le réseau de l'assurance maladie publique de l'État de séjour.

Cette circulaire O.A. est une mise à jour suite à l'entrée en vigueur d'un certain nombre de nouvelles conventions bilatérales en matière de sécurité sociale.

1. Cadre réglementaire et principes généraux

En vertu des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009, ainsi que des accords bilatéraux en matière de sécurité sociale que la Belgique a conclus avec d'autres pays et qui prévoient une prise en charge des prestations de santé (immédiatement) nécessaires pendant un séjour temporaire, un assuré belge bénéficie, pendant un séjour temporaire sur le territoire de l'autre pays, de l'accès aux soins de santé du système de santé public ainsi qu'à la prise en charge de ceux-ci dans les mêmes conditions et procédures que les assurés sociaux du pays de séjour. Les soins de santé lui sont prodigués et remboursés par les organismes assureurs des pays des soins pour le compte de l'assurance maladie belge.

Lorsque l'assuré de la législation belge n'a pas accompli les formalités de remboursement dans le pays de séjour, il adresse ses factures ainsi que ses preuves de paiement à son organisme assureur belge qui poursuit la procédure de prise en charge soit en application de la nomenclature du pays de séjour ou, selon le cas, en application de la nomenclature belge.

Dans tous les cas, le remboursement accordé à l'assuré ne peut pas dépasser le montant des frais réellement consentis.

1.1. Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 relatifs à la coordination des systèmes de sécurité sociale

§ 1^{er}. Le principe de base des *règlements européens* est que les frais inhérents aux soins de santé prodigués sont remboursés aux tarifs appliqués pour le remboursement par l'institution du lieu de séjour. L'assuré belge qui a partiellement ou intégralement payé les frais inhérents aux prestations de santé doit en principe effectuer les démarches nécessaires pour en obtenir le remboursement auprès des organismes d'assurance soins de santé de l'État de séjour (art. 25, § 4, du Règlement (CE) n° 987/2009).

Si l'assuré belge n'a pas introduit de demande de remboursement de ces frais directement auprès de l'institution compétente du pays où les soins ont été prodigués, une demande de tarification peut être envoyée à l'étranger *a posteriori* (art. 25, § 5, du Règlement (CE) n° 987/2009).

§ 2. Par dérogation à la demande de tarification, l'organisme assureur belge peut, en vertu de l'article 25, § 6, du Règlement (CE) n° 987/2009, accorder une intervention dans les frais encourus selon les tarifs et les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge à condition que l'assuré accepte que cette disposition lui soit appliquée.

§ 3. Si la législation de l'État membre de séjour ne prévoit pas de tarifs de remboursement, l'organisme assureur belge peut accorder une intervention dans les frais encourus selon les tarifs et les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge sans l'accord de l'assuré (art. 25, § 7, du Règlement (CE) n° 987/2009).

1.2. Accords bilatéraux en matière de sécurité sociale



§ 1^{er}. Un principe similaire est d'application dans les conventions bilatérales liant la Belgique à certains États et qui prévoient le droit à des prestations de santé en cas de séjour temporaire sur le territoire de l'autre État contractant.

En vertu de ces conventions, si l'assuré belge n'a pas pu effectuer les formalités nécessaires pendant son séjour temporaire pour demander le remboursement à l'institution compétente du pays où les soins ont été prodigués, une demande de tarification peut être envoyée à l'étranger *a posteriori*.

§ 2. Par dérogation à la demande de tarification, l'organisme assureur belge peut accorder une intervention dans les frais encourus selon les tarifs et les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge, à condition que l'assuré marque son accord et que le montant des frais encourus ne dépasse pas un certain montant (qui peut varier d'un pays à l'autre).

1.3. Article 294 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

Pour être exhaustif, soulignons encore qu'en vertu de l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, l'assuré social peut prétendre à une intervention dans les coûts des prestations de santé à charge de l'assurance obligatoire soins de santé belge, à l'exception de la situation décrite dans le point 2.3., § 2.

-  **Exemple 1** : intervention dans le coût de soins médicaux reçus en Turquie après l'expiration de la durée de validité du formulaire BT.8 (45 jours max., non renouvelable).
-  **Exemple 2** : intervention dans les frais occasionnés par une admission dans un hôpital privé en Espagne, la CEAM ne pouvant pas être utilisée parce qu'elle couvre uniquement les soins médicaux prodigués par des dispensateurs travaillant dans le réseau du système de soins de santé public.

2. Remboursement de prestations de santé dispensées à l'étranger

Complémentaire aux règles générales étayées dans le point 1, lorsqu'ils reçoivent les documents relatifs à des prestations de santé qui ont été dispensées lors d'un séjour temporaire à l'étranger, les organismes assureurs peuvent procéder de la manière suivante pour octroyer une intervention dans les frais.

2.1. Prestations reçues dans un État membre de l'Espace Économique Européen ou en Suisse

- a. Si le montant des frais engagés ne dépasse pas la contre-valeur de 200 EUR, le remboursement peut être effectué à raison d'un pourcentage moyen de 75 % et selon les modalités suivantes :
 - (i) les prestations qui n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé belge (comme l'homéopathie, l'ostéopathie, les médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu, ...) doivent être déduites du montant des frais consentis auquel le pourcentage de remboursement moyen peut être appliqué, et
 - (ii) les organismes assureurs doivent vérifier si les factures présentées concernent bien des prestations de santé et non des dépenses d'ordre privé (p. ex. pour le taxi, un restaurant, etc.).



- ce mode de remboursement ne peut pas être appliqué aux soins de santé prodigués par un prestataire privé qui n'est pas lié au système d'assurance soins de santé de l'État de séjour
- l'assuré social a le droit de refuser l'application du tarif forfaitaire et d'exiger l'application des règles des Règlements (CE) n^{os} 883/2004 et 987/2009 (soit l'application des tarifs de l'État des soins) ou, si le type de ses soins le permet, l'application de la nomenclature belge (p. ex. l'art. 294, § 1^{er}, 12^o de l'A.R. du 03.07.1996).

- b) Si le montant des frais engagés dépasse la contre-valeur de 200 EUR, l'organisme assureur doit :
- (i) soit envoyer une demande de tarification à l'étranger en vue de rembourser en application du tarif de l'État de séjour ;
 - (ii) soit accorder une intervention dans les frais consentis aux tarifs et aux modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé à condition que l'assuré accepte que cette disposition lui soit appliquée.

2.2. Prestations de santé reçues au Maroc, en Algérie, en Tunisie, Turquie, Albanie, Macédoine, Bosnie-Herzégovine, Serbie ou au Monténégro

- a. Si le montant des frais consentis ne dépasse pas la contre-valeur de 200 EUR, le remboursement peut être effectué à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 %, selon les modalités suivantes :
- (i) les prestations qui n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé belge (comme l'homéopathie, l'ostéopathie, les médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu, ...) doivent être déduites du montant des frais consentis auquel le pourcentage de remboursement moyen peut être appliqué, et
 - (ii) les organismes assureurs doivent vérifier si les factures présentées concernent bien des prestations de santé et non des dépenses d'ordre privé (pour le taxi, un restaurant, etc. par ex.) .

 L'assuré social a le droit de refuser l'application du tarif forfaitaire et d'exiger l'application de la convention bilatérale concernée (soit l'application des tarifs de l'État ou les soins ont été reçus) ou, si le type de ses soins le permet, l'application de la nomenclature belge (par ex. l'art. 294, § 1^{er}, 3^o de l'A.R. du 03.07.1996).

- b. Si le montant des frais engagés dépasse la contre-valeur de 200 EUR et est inférieur à 500 EUR, l'organisme assureur doit :
- (i) soit envoyer une demande de tarification à l'étranger en vue de rembourser les frais au tarif de remboursement du pays de séjour ;
 - (ii) soit accorder une intervention dans les frais encourus, aux tarifs et aux modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge à condition que l'assuré accepte que cette disposition lui soit appliquée.
- c. Si le montant des frais engagés dépasse la contre-valeur de 500 EUR, l'organisme assureur doit envoyer une demande de tarification à l'étranger en vue de rembourser les frais encourus au tarif de remboursement du pays de séjour.
- d. Les points a, b et c ci-dessus sont d'application aux soins de santé reçus après :
- le 1^{er} juillet 2012, en ce qui concerne l'Algérie, la Turquie, la Macédoine, la Bosnie-Herzégovine, la Serbie et le Monténégro
 - le 1^{er} mai 2014, en ce qui concerne le Maroc
 - le 1^{er} janvier 2016, en ce qui concerne l'Albanie
 - le 1^{er} mai 2017, en ce qui concerne la Tunisie.

e. **Particularité** : les prestations de santé reçues en Tunisie.

Dans les cas où un assuré belge séjournant en Tunisie a fait appel au service de l'assurance complémentaire de sa mutualité qui est intervenu directement dans le paiement des soins de santé encourus sur place, la convention belgo-tunisienne ne peut plus être appliquée. L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé ne peut être envisagée que si les soins en question répondent aux conditions prévues par l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

2.3. Dispositions complémentaires

§ 1^{er}. Lorsque un organisme assureur constate, suite à une demande de tarification introduite à l'étranger, qu'il n'y a pas d'intervention de l'assurance maladie de l'État de séjour, il ne peut également y avoir aucune intervention dans les frais en question en application du principe de remboursement par pourcentage moyen. Le remboursement sera exclusivement examiné en application de l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

§ 2. Attention : le remboursement en application des tarifs et modalités de l'assurance obligatoire soins de santé belge ne peut être envisagé lorsque le bénéficiaire des soins (pensionnés, membre de famille de pensionnés, membre de famille des travailleurs/indépendants) réside dans un des États repris dans l'annexe n° 3 du Règlement (CE) n° 987/2009 et que les soins en question ont été dispensés par un prestataire privé ou reçus dans une institution de soins privé qui ne rentrent pas dans *le système public des soins de santé de l'État de séjour*. Dans ce cas, les dépenses de soins de santé sont à charge de l'État de résidence.

§ 3. À titre de confirmation du fait que l'assuré ne souhaite pas recourir à la prise en charge des soins reçus au tarif de l'État de séjour, les organismes assureurs doivent conserver, dans son dossier administratif, une copie de son accord (sous format papier ou sous format électronique) chaque fois qu'ils accordent le remboursement en application :

- du système de remboursement au pourcentage moyen de 75 % et lorsque le montant des frais exposés n'excède pas le plafond des 200 EUR (application des points 2.1.a. et 2.2.a. de la présente circ.)
- du tarif et des conditions de l'assurance obligatoire soins de santé belge si le montant des frais exposés par l'assuré est supérieur à 200 EUR (application des points 2.1.b. et 2.2.b. de la présente circ.)

3. Recours forcé à l'octroi d'une intervention aux tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé

Si on constate qu'une demande de tarification (SED067, formulaire E.126 ou formulaire bilatéral équivalent) envoyée dans les règles à l'institution étrangère compétente ne reçoit pas de réponse dans un délai de trois mois, un rappel est envoyé à cette institution. Une fois un nouveau délai de trois mois écoulé, l'organisme assureur belge peut accorder une intervention aux tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge si l'institution étrangère compétente n'a pas réagi.

4. Modalités de prescription

Dans les dossiers où on utilise le pourcentage de remboursement moyen, il faut respecter le délai prévu à l'article 174, 3^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à savoir deux ans après la fin du mois au cours duquel les soins ont été dispensés.

Une fois ce délai dépassé, seul l'envoi d'une demande de tarification à l'institution compétente du lieu de séjour reste possible. Remarquons que les règles relatives à la prescription sont celles prévues par les dispositions de la législation du pays où les soins ont été reçus.

5. Données statistiques

L'intérêt croissant pour la mobilité transfrontalière des patients et l'existence d'obligations financières y afférentes pour l'assurance obligatoire soins de santé, ont démontré la nécessité de données statistiques correctes.

En vue de l'évaluation éventuelle de l'application de cette circulaire O.A., il est demandé aux organismes assureurs de rassembler des données concernant :

- a. l'intervention dans les frais liés aux prestations de santé qu'un bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé a reçus pendant un séjour temporaire à l'étranger.

Pour chaque année civile, l'INAMI souhaite disposer des données suivantes :

- (i) pour le nombre de demandes de tarification envoyées à l'étranger :

- le nombre de dossiers individuels
- une répartition par pays
- les dépenses consenties
- l'intervention accordée telle qu'elle a été communiquée par l'institution étrangère du pays de séjour.

- (ii) pour le nombre de dossiers auxquels un pourcentage moyen de remboursement a été appliqué :

- le nombre de dossiers individuels
- une répartition par pays
- les dépenses consenties,
- l'intervention accordée.

- b. le nombre de cas pour lesquels les organismes assureurs ont été obligés d'accorder une intervention aux tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé belge conformément au point 3.1. de la présente circulaire pour que l'INAMI puisse, le cas échéant, intervenir auprès des autorités compétentes des pays concernés.

Les données statistiques relatives à une année, seront transmises par les organismes assureurs au service des soins de santé – Direction relations internationales de l'INAMI, **avant la fin du mois de mai de l'année suivante**. Ces données seront transmises par voie électronique (en utilisant le modèle *Excel* en annexe).¹

En vigueur à partir du 23 mars 2018 (abroge la circulaire O.A. n° 2015/275 - 80/110 du 15 .09.2015)



Circulaire O.A. n° 2018/109 – 80/116 du 30 mars 2018.

1. Non publié ici.

IV. La disposition *Ostbelgien*

1. Introduction

Cette circulaire a pour objectif de fournir des informations sur les modalités de mise en œuvre de la disposition *Ostbelgien*.

Le Comité de l'assurance a approuvé cette disposition à la date du 19 juin 2017, ainsi que quelques modifications à la date du 18 juin 2018. La version consolidée de la disposition *Ostbelgien* se trouve en annexe 1¹.

La disposition *Ostbelgien* vise un équilibre entre :

- l'assouplissement du droit aux soins de santé transfrontaliers (spécialisés) dans une zone géographique en Allemagne bien définie pour les assurés résidant dans les Cantons de l'Est, et les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt sur la base du droit de l'Union européenne et de la réglementation belge, et
- l'utilisation optimale de l'offre médicale dans la Communauté germanophone, notamment dans les deux hôpitaux généraux y établis.

À partir du 1^{er} juillet 2017, les documents E.112 IZOM EMR+ et la carte IZOM ne peuvent plus être utilisés pour recevoir des soins de santé en Allemagne à charge de l'assurance obligatoire soins de santé.

Cette mise à jour de la Circulaire vise à modifier les lignes directrices suite à la décision du Comité de l'assurance du 18 juin 2018 relative à la prolongation de l'application de la disposition *Ostbelgien* du 1^{er} juillet 2018 jusqu'au 31 décembre 2019.

2. La disposition *Ostbelgien* – Généralités

2.1. Champ d'application personnel

La disposition *Ostbelgien* s'adresse à toutes les personnes pouvant bénéficier des prestations de l'assurance maladie obligatoire qui résident dans les Cantons de l'Est, ou les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

2.2. Champ d'application géographique

La disposition *Ostbelgien* permet aux personnes qui y sont visées de recevoir, sous certaines conditions, des soins de santé spécialisés dispensés par des prestataires de soins (médecins spécialistes et établissements de soins) actifs dans la région d'Aix-la-Chapelle, et les arrondissements de Bitburg, Daun et Prüm (= ci-après : "la zone frontière allemande").

1. Non publiée ici.

2.3. Champ d'application matériel

La disposition *Ostbelgien* concerne l'accès et le remboursement des soins de santé spécialisés, dans la zone frontière allemande, à condition que ces soins soient couverts par l'assurance obligatoire soins de santé belge.

La disposition *Ostbelgien* ne s'applique pas au régime particulier concernant l'accès aux prestations de rééducation fonctionnelle en Allemagne pour les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé qui ont leur résidence dans les Cantons de l'Est, ou les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt (voir la Circ. O.A. n° 2018/70 du 02.03.2018 ou la Circ. O.A. qui la remplace).

3. La disposition *Ostbelgien* – Particularités

3.1. Soins de santé spécialisés ambulatoires – Généralités

Le principe général est qu'une autorisation (document S2) n'est pas émise à l'attention de l'assuré pour un traitement ambulatoire par un médecin spécialiste actif dans la zone frontière allemande. L'assuré doit avancer les frais et peut ensuite demander le remboursement à son organisme assureur belge.

Un régime de remboursement spécial est prévu. Lors de la réception des documents relatifs aux prestations de santé ambulatoires (p. ex. une consultation) dispensées par un médecin spécialiste de la zone frontière allemande, les organismes assureurs peuvent, en vue d'une intervention dans les coûts, agir comme suit :


(1) Si le montant facturé des frais engagés ne dépasse pas la contre-valeur de 200 EUR, le remboursement peut être accordé à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 % :

(i) les prestations de santé qui n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement

- par l'assurance obligatoire soins de santé (comme l'homéopathie, l'ostéopathie, ...), ou qui
- n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement à raison d'un pourcentage de remboursement moyen (voir prestations mentionnées sous le point 4)

doivent être déduites du montant des frais consentis auquel le pourcentage de remboursement moyen peut être appliqué, et

(ii) les organismes assureurs doivent vérifier si les factures présentées concernent bien des prestations de santé et non des dépenses d'ordre privé (p. ex. pour le taxi, un restaurant, etc.).

 Dans le cas où le médecin spécialiste dans la zone frontière allemande établit une facture récapitulative par laquelle il regroupe par exemple 5 consultations en une seule facture dont le montant total dépasse de ce fait la contre-valeur de 200 EUR, les organismes assureurs peuvent considérer chaque consultation séparément et les rembourser chacune à raison du pourcentage de remboursement moyen.

(2) Si le montant facturé des frais consentis dépasse la contre-valeur de 200 EUR, l'organisme assureur doit :

- (i) soit octroyer une intervention dans les frais engagés aux tarifs et selon les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé (art. 294, § 1^{er}, 13^o, de l'A.R. du 03.07.1996) ;
- (ii) soit envoyer une demande de tarification à l'institution compétente en Allemagne en vue du remboursement des frais au tarif de remboursement de l'assurance maladie obligatoire allemande (*attention* : cette option n'est possible que dans les situations où une autorisation – document S2 – a été délivrée).



L'assuré doit être informé qu'il a le droit de refuser le remboursement à raison d'un pourcentage de remboursement moyen et peut demander le remboursement sur la base des tarifs et des modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé en vertu de l'article 294, § 1^{er}, 13^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.



Exemple 1

Des soins de santé spécialisés ambulatoires dispensés à un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie actif dans la zone frontière allemande sans renvoi d'un médecin spécialiste en pédiatrie actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt

- remboursement des frais suivant le principe général, voir point 3.1., à savoir
 - si les coûts sont inférieurs à 200 EUR, le remboursement peut être octroyé à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 %
 - si les coûts sont supérieurs à 200 EUR, le remboursement doit être fixé sur la base des tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale.



Exemple 2

Des prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste actif dans la zone frontière allemande sans renvoi d'un médecin spécialiste, par exemple par un médecin généraliste actif sur le territoire belge

- remboursement des frais suivant le principe général, voir point 3.1., à savoir
 - si les coûts sont inférieurs à 200 EUR, le remboursement peut être octroyé à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 %
 - si les coûts sont supérieurs à 200 EUR, le remboursement doit être fixé sur la base des tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale.

3.2. Soins de santé spécialisés ambulatoires – Exceptions

Dans la situation où un assuré, qui tombe sous l'application de la disposition *Ostbelgien*, **souhaite recevoir des soins de santé spécialisés ambulatoires**, qui sont remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et pour lesquels les conditions de remboursement sont remplies, **dans la zone frontière allemande**, les organismes assureurs peuvent par dérogation au régime général pour les soins de santé spécialisés ambulatoires – voir point 3.1. – délivrer une autorisation (document S2 OBR, voir point 3.4.) aux conditions suivantes :

- (i) prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en (neuro)psychiatrie ;
- (ii) prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en psychiatrie (infantile) ;
- (iii) prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand sur renvoi d'un médecin spécialiste qui est actif sur le territoire belge, à l'exception des prestations de santé mentionnées sous le point (iv) ;
- (iv) prestations de santé dispensées à un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans inclus par un médecin allemand spécialiste en pédiatrie sur renvoi d'un médecin spécialiste en pédiatrie actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

Dans un but de *continuité des soins* les organismes assureurs peuvent également délivrer une autorisation (document S2 OBR) pour l'imagerie médicale – en particulier l'utilisation d'un CT-scanner, IRM, RMN ou PET-scanner pour des affections qui sont remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé – si celle-ci s'inscrit dans le cadre d'une consultation d'un médecin spécialiste allemand (*attention* : dans ce cas, un document S2 OBR peut être délivré *a posteriori* pour la régularisation de l'imagerie médicale).



Un contrôle (médical) interne doit toujours être effectué aux fins de vérifier si les prestations de santé spécialisées ambulatoires pour lesquelles un document S2 OBR est délivré sont remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé fédérale ou si les conditions de remboursement sont remplies.

3.3. Soins de santé spécialisés en milieu hospitalier

Dans le cadre de la disposition *Ostbelgien*, il y a lieu d'entendre par "soins de santé en milieu hospitalier", les soins de santé :

- qui requièrent une hospitalisation d'une nuit au minimum
- dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

Dans la situation où un assuré, qui tombe sous l'application de la disposition *Ostbelgien*, **souhaite recevoir des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier**, qui sont remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et pour lesquels les conditions de remboursement sont remplies, **dans la zone frontière allemande**, les organismes assureurs peuvent délivrer une autorisation (document S2 OBR) en cas d'hospitalisation/hospitalisation de jour consécutive

- (i) à un renvoi – que ce soit ou non par un service des urgences – provenant d'un médecin spécialiste qui est actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

Dans un but de *continuité des soins* les organismes assureurs peuvent également délivrer une autorisation (document S2 OBR) consécutive

- (ii) à une consultation pour laquelle un document S2 OBR a été délivré à l'assuré (voir point 3.2.) ;
- (iii) à une consultation d'un médecin spécialiste dans la zone frontière allemande, qui a été remboursée à l'assuré à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 % (ou, à la demande de l'assuré, au tarif de l'assurance obligatoire soins de santé).

L'autorisation peut être accordée à la condition que les soins de santé soient remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et que les conditions de remboursement soient remplies. Les conditions selon lesquelles

- les soins de santé peuvent être dispensés en Belgique dans un délai médicalement acceptable, ou
- dans un établissement hospitalier similaire situé en Belgique dans un rayon de 25 kilomètres maximum de la résidence principale de l'assuré,

ne sont pas d'application en l'espèce.


3.4. La délivrance d'une autorisation (document S2 OBR)

L'autorisation (document S2) qui est délivrée en application de la disposition *Ostbelgien* porte la mention spéciale "OBR", c'est-à-dire document "S2 OBR". Le document S2 OBR doit mentionner les éléments suivants :

- les données personnelles de l'assuré
- une description du traitement mentionnant la spécialité. En cas de soins de santé spécialisés ambulatoires, il doit expressément être mentionné que le document S2 ne peut pas être utilisé, par exemple, pour l'achat de médicaments ou de dispositifs médicaux, même s'ils sont prescrits par un médecin spécialiste travaillant dans la zone frontière allemande
- le nom de l'hôpital et/ou le nom du médecin spécialiste
- en cas de soins de santé spécialisés ambulatoires (voir point 3.2.) la durée de validité est limitée à six (6) mois
- en cas de soins de santé dans un hôpital (voir point 3.3.) la durée réelle prévue du traitement, indiquant les dates de début et de fin.

Une prolongation du document S2 OBR exige un rapport médical dans lequel la demande de prolongation est bien motivée.

Les organismes assureurs trouveront en annexe ² une check-list qu'ils doivent utiliser comme outil pour apprécier si un assuré remplit ou non les conditions pour émettre le document S2 OBR. Cette check-list, qui peut être utile dans le cadre de l'évaluation de la disposition *Ostbelgien*, doit être conservée dans le dossier de l'assuré.

 Dans les situations mentionnées aux points 3.2. et 3.3. ci-dessus, l'assuré devrait – en principe – être en possession d'une autorisation (document S2 OBR), avant la délivrance des soins, pour qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge selon les tarifs de la *Gesetzliche Krankversicherung* allemande, à l'exception de la situation mentionnée au point 3.2.(iv).

3.5. Transfert au service spécialisé des “urgences” d’UNI-Klinik Aachen

Les organismes assureurs peuvent émettre un document S2 OBR si une personne assurée, qui tombe sous l’application de la disposition *Ostbelgien*, est transférée au service des “urgences” d’UNI-Klinik Aachen par ambulance, suite à un appel au système d’appel unifié, à condition que

- l’UNI-Klinik Aachen soit plus proche que les hôpitaux belges avec le même équipement
- il s’agisse d’un transport médical au sens de la *Loi du 8 juillet 1964 relative à l’aide médicale urgente (Gesetz vom 08.07.1964 über die dringende medizinische Hilfe)* et du *Protocole CoAMU-Liège du 18 juin 2007 pour l’application de la Circulaire ICM/AMU/012 du 4 septembre 2006 relative aux transports urgents inter-hospitaliers*.

Ceci est conforme à la Circulaire du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement du 13 mars 2013 à l’attention de tous les intervenants secouristes-ambulanciers, médecins et infirmier(e)s des SMURS, des services d’urgences et des médecins généralistes de la province de Liège.

Toutefois, un document S2 OBR ne peut être délivré si un assuré, qui tombe sous l’application de la disposition *Ostbelgien*, se rend de sa propre initiative auprès d’un service spécialisé *d’urgences* dans la zone frontière allemande.

4. Soins de santé auxquels la disposition *Ostbelgien* ne s’applique pas

Les réglementations belge et européenne, telles qu’elles s’appliquent aussi aux autres assurés belges, sont d’application pour les soins de santé non concernés par la disposition *Ostbelgien*.

Les soins de santé non concernés par la disposition *Ostbelgien* sont mentionnés sur une liste non exhaustive :

- les prestations de santé dispensées par un prestataire autre qu’un médecin spécialiste
- les examens génétiques visés par l’article 33, § 1^{er}, de la nomenclature qui sont réservés aux laboratoires appartenant à un des centres de génétique humaine agréés (http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/liste_centre_genetique_humaine.pdf)
- l’achat de médicaments, à l’exception des médicaments administrés dans le cadre des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier pour lesquels un document S2 a été délivré
- l’achat de dispositifs médicaux, à l’exception des dispositifs médicaux administrés dans le cadre des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier pour lesquels un document S2 a été délivré
- la chirurgie esthétique
- lorsque l’assuré se rend intentionnellement en Allemagne dans la zone frontière allemande pour des prestations d’imagerie médicale
- les prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste ou un établissement hospitalier, en dehors de la zone frontière allemande, même sur renvoi d’un médecin spécialiste actif sur le territoire belge ou actif dans la zone frontière allemande

- les autres prestations de santé qui ne relèvent pas explicitement du champ d'application de la disposition *Ostbelgien*.

La disposition Est de la Belgique ne s'applique pas non plus aux prestations en matière de soins de santé qui sont transférées de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale aux entités fédérées, et ce à partir du 1^{er} janvier 2019.

Informations relatives au remboursement

Lorsque les organismes assureurs doivent accorder un remboursement des frais de soins de santé auxquels la disposition *Ostbelgien* ne s'applique pas, et cela, sur la base des tarifs et selon les conditions de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale, ils sont tenus d'appliquer les lignes directrices reprises dans le Titre II, Chapitre IV de la Circulaire O.A. n° 2014/440 – ou la circulaire qui la remplace.

Conformément au droit de l'Union européenne, un assuré peut utiliser en Belgique une prescription étrangère pour l'achat de médicaments ou de dispositifs médicaux. Par conséquent, une demande de remboursement ne peut pas être refusée au seul motif que le prescripteur étranger n'a pas utilisé le formulaire approprié (belge). Si la prescription étrangère (le cas échéant, en combinaison avec un rapport médical) contient suffisamment d'informations claires, qui permettent de déterminer si les conditions de remboursement belges sont remplies, ces informations peuvent être prises en compte pour déterminer le montant de remboursement.

Récemment, des mesures ont été prises en vue d'une utilisation généralisée de la prescription électronique en Belgique. Toutefois, il faut constater qu'actuellement l'utilisation de la prescription électronique, dans un contexte transfrontalier, n'est pas encore une réalité. En l'absence de mesures en faveur d'une utilisation transfrontalière de la prescription électronique, un assuré a toujours la possibilité d'utiliser une prescription sur papier.

Certains médicaments ne sont remboursés qu'avec l'accord du médecin-conseil de l'organisme assureur. Cet accord peut, et parfois doit, être demandé par voie électronique. Cependant, de même que pour la prescription électronique de médicaments, force est de constater que l'utilisation des demandes électroniques, dans une situation transfrontalière, n'est pas encore une réalité à l'heure actuelle. En l'absence de mesures en faveur d'une utilisation transfrontalière des demandes électroniques, une demande peut encore être introduite avec un document papier.

En cas de doutes sur le médicament ou le dispositif médical prescrit, il est toujours possible de contacter le prescripteur étranger.

Si un médicament ou un dispositif médical prescrit n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé ou si les conditions de remboursement ne sont pas remplies, les coûts supportés restent à la charge de l'assuré, sous réserve des dérogations qui peuvent, le cas échéant, s'appliquer.

5. Le Collège *ad hoc* des médecins-conseils des organismes assureurs locaux

Le Collège *ad hoc* des médecins-conseils des organismes assureurs locaux (ci-après : le Collège *ad hoc*) est composé d'un médecin-conseil, ayant une connaissance des enjeux locaux, par organisme assureur (un par union nationale, un pour la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et un pour la Caisse soins de santé de HR Rail).

Le Collège *ad hoc* a pour mission de conseiller les organismes assureurs, à leur demande, et peut ainsi contribuer à une application uniforme de la disposition *Ostbelgien*.

Les organismes assureurs qui souhaitent soumettre un dossier au Collège *ad hoc*, transmettent ce dossier par voie électronique aux membres effectifs et à leurs députés, y compris une proposition de décision. Les membres du Collège *ad hoc* sont tenus d'envoyer leur avis aux autres membres du Collège *ad hoc* dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande. Seuls les membres actifs, ou leur substitut, peuvent émettre un avis ; l'avis de l'organisme assureur du bénéficiaire n'est pas pris en compte.



Les organismes assureurs transmettent aux autres organismes assureurs et à l'INAMI (rir@inami.fgov.be), les noms et les coordonnées de leur médecin-conseil, ainsi que de son/sa remplaçant(e) dans ce Collège *ad hoc*, ainsi que tout changement.

6. Problèmes d'application ou d'interprétation de la disposition *Ostbelgien*

Les difficultés liées à l'application ou à l'interprétation de la disposition *Ostbelgien* sont réglées par les organismes assureurs en concertation avec l'INAMI.



Les organismes assureurs transmettent, avant la fin d'un trimestre, les difficultés éventuelles à l'INAMI (rir@inami.fgov.be) en vue d'une concertation qui doit veiller à une mise en œuvre concertée par tous les organismes assureurs.

7. Dispositions financières

Des informations doivent être mises à disposition sur les obligations financières de l'assurance obligatoire soins de santé découlant de l'application de la disposition *Ostbelgien*. Il est dès lors recommandé d'adapter le "Plan comptable dans la pratique".

Cette adaptation consiste en l'ajout de plusieurs nouveaux codes CT2 en vue de la transparence des dimensions financières de la mobilité des patients, d'une part, et de l'enregistrement des frais d'une façon uniforme par les organismes assureurs, d'autre part :

Situation	CT2
les frais induits par le remboursement sur la base du pourcentage de remboursement moyen de 75 %	838
les frais relatifs au remboursement de soins de santé dans un autre État membre – pour lesquels une autorisation préalable (formulaire S2) a été octroyée – à la suite d'une demande de tarification (formulaire E. 126)	836
les frais relatifs au remboursement aux tarifs et aux modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé	853

Un organisme assureur qui est obligé de faire appel à l'octroi d'un remboursement aux tarifs et selon les conditions de l'assurance obligatoire soins de santé, en raison de l'absence de réponse à une demande de tarification, reprend ces dépenses sous le CT2 853.

Les remboursements relatifs aux frais de soins de santé non visés par la disposition *Ostbelgien*, doivent être repris conformément aux instructions comptables en vigueur.

Les créances allemandes seront reprises à l'annexe T3.

De plus, les organismes assureurs doivent rassembler toutes les données nécessaires sur les obligations financières liées à la délivrance d'une autorisation (document S2) sur la base des éléments suivants, à savoir la personne assurée, le lieu de résidence de l'assuré, le document S2 et sa durée de validité et le lieu de traitement en Allemagne.

Les organismes assureurs doivent mentionner les interventions dans les coûts des soins de santé délivrés jusqu'au 30 juin 2017 et qui découlent de l'application de l'Accord de coopération IZOR sous les codes respectifs CT2.

8. Évaluation de la disposition *Ostbelgien*

Les organismes assureurs rassemblent toutes les données et les enregistrent systématiquement en vue d'une évaluation coordonnée. L'analyse concerne :

(1) les données statistiques relatives

- (i) au nombre de demandes de remboursement, au montant payé par l'assuré, au montant total des remboursements accordés en application du pourcentage de remboursement moyen de 75 % (= CT2 838), et à la nature des soins de santé ;
- (ii) au nombre de demandes de remboursement, au montant payé par l'assuré, au montant total des remboursements accordés en application de l'article 294, § 1^{er}, 13^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (= CT2 853), et à la nature des soins de santé ;
- (iii) au nombre de demandes et aux frais relatifs au remboursement des soins de santé délivrés dans la zone frontière allemande – pour lesquels une autorisation préalable (document S2 OBR) a été octroyée – à la suite d'une demande de tarification (formulaire E.126) (= CT2 836) ;

(iv) au nombre de créances E.125/S080, au nombre de patients concernés, ainsi qu'au montant total des remboursements suite à l'utilisation d'un document S2 OBR scindé dans les cinq rubriques repris sur les formulaires E.125/S080, c'est-à-dire

- (a) soins médicaux ;
- (b) soins dentaires ;
- (c) médicaments ;
- (d) hospitalisation ;
- (e) autres prestations.

(2) la délivrance d'un document S2 OBR

- (i) le nombre de documents S2 OBR émis, ainsi que le nombre de patients concernés ;
- (ii) le nombre de documents S2 OBR émis pour des soins de santé spécialisés ambulatoires ainsi que pour des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier ;
- (iii) si cela concerne une première demande d'un document S2 OBR ou une demande de prolongation ;
- (iv) la nature des soins de santé spécialisés (p. ex. la spécialité) / le service dans l'hôpital, ainsi que l'hôpital où les soins de santé sont dispensés ;
- (v) en ce qui concerne les soins de santé spécialisés ambulatoires :
 - (a) pour des prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en (neuro) psychiatrie ;
 - (b) pour prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en psychiatrie (infantile) ;
 - (c) sur renvoi d'un médecin spécialiste qui est actif sur le territoire belge, à l'exception des prestations de santé mentionnées sous le point (d) ;
 - (d) sur renvoi d'un médecin spécialiste en pédiatrie actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt ;
 - (e) pour l'imagerie médicale ;
- (vi) en ce qui concerne les soins de santé spécialisés en milieu hospitalier :
 - (a) sur renvoi d'un médecin spécialiste actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt ;
 - (b) à la suite d'une consultation pour laquelle un document S2 a été délivré à l'assuré ;
 - (c) à la suite d'une consultation d'un médecin spécialiste dans la zone frontière allemande, qui a été remboursée à l'assuré à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 % (ou, à la demande de l'assuré, au tarif de l'assurance obligatoire soins de santé).

Les organismes assureurs fournissent chaque année – pour le 31 mai – un rapport d'évaluation approfondie sur l'exécution de la disposition *Ostbelgien* au cours de l'année calendrier précédente. Les données statistiques doivent être transmises au moyen du fichier template *.xlsx en annexe 3³. Ils transmettent le rapport d'évaluation ainsi que les données statistiques à l'INAMI (rir@inami.fgov.be).

Dans le cadre de prolongation éventuelle de la disposition *Ostbelgien*, les organismes assureurs fournissent pour le 30 septembre 2019 un rapport d'évaluation approfondie sur l'exécution de la disposition *Ostbelgien* au cours du premier semestre de l'année 2019. Les données statistiques doivent être transmises au moyen du fichier template *.xlsx en annexe 3. Ils transmettent le rapport d'évaluation ainsi que les données statistiques à l'INAMI (rir@inami.fgov.be).

Les organismes assureurs sont invités à collecter toutes autres données utiles et supplémentaires et de les inclure dans cette évaluation approfondie.

Les informations récoltées doivent contribuer à

- une meilleure connaissance de l'ampleur de la mobilité des patients dans cette région frontalière et la nature des soins de santé spécialisés pour lesquels on se dirige vers la zone frontière allemande
- cartographier l'offre médicale, tant ambulatoire que dans les hôpitaux dans l'Est de la Belgique
- cartographier les besoins médicaux dans l'Est de la Belgique.

9. Durée de la disposition *Ostbelgien*

La disposition *Ostbelgien* est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2017 jusqu'au 30 juin 2018.

La disposition *Ostbelgien* est prolongée du 1^{er} juillet 2018 jusqu'au 31 décembre 2019, et peut être prolongée sur la base d'une évaluation approfondie (voir rubrique 8).

Abroge la circulaire O.A. n° 2018/14 - 392/80 - 80/115 - 825/6 et 83/479 du 22 janvier 2018⁴.



Circulaire O.A. n° 2018/180 – 392/81 – 80/117 – 825/7 et 83/482 du 20 juin 2018.

4. Non publiée au B.I.

V. Article 100, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 – Reprise d'un travail adapté avec l'autorisation du médecin-conseil

...

I. Introduction

En vertu de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée, le titulaire reconnu incapable de travailler peut reprendre un travail adapté moyennant l'autorisation du médecin-conseil, à condition que sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 % (et que cette reprise soit compatible avec son état de santé).

Le titulaire est tenu de solliciter préalablement l'autorisation du médecin-conseil pour pouvoir reprendre le travail au cours de son incapacité. Il doit également déclarer préalablement la reprise de ce travail à sa mutualité (au plus tard le premier jour ouvrable qui précède cette reprise).

Le titulaire peut en outre reprendre le travail avant d'avoir obtenu l'accord du médecin-conseil de sa mutualité. Celui-ci peut en effet donner son *autorisation après* la reprise mais dans un délai relativement court (dans les trente jours ouvrables à dater du premier jour de la reprise).

Cet assouplissement de la procédure pour les titulaires qui souhaitent se réinsérer progressivement sur le marché du travail a été introduite afin d'optimiser les mécanismes de réinsertion socioprofessionnelle au niveau du secteur des indemnités d'incapacité de travail et de favoriser le retour au travail des titulaires reconnus en incapacité de travail.

Cet assouplissement ne s'applique pas aux reprises d'un travail frauduleux, ni aux reprises qui auraient fait l'objet de constatations par un organisme de contrôle social ou par une mutualité (dans le cadre, par ex., du datamatching).

Cet assouplissement vise à soutenir les reprises de travail progressives des titulaires reconnus en incapacité de travail en dehors de toute situation de reprise frauduleuse.

Afin d'accorder l'autorisation de reprise d'un travail au cours de l'incapacité, le médecin-conseil doit s'assurer que le titulaire présente une réduction de sa capacité d'au moins 50 % sur le plan médical et que cette reprise d'activité est compatible avec son état de santé.

II. Plan de réintégration (art. 215^{undecies}, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996)

Le titulaire n'est plus obligé de solliciter l'autorisation du médecin-conseil, si le plan de réintégration remis par le conseiller en prévention - médecin du travail (art. I.4-74. Du Code du bien-être au travail (2017) du 28.04.2017) comprend un travail autorisé auprès de l'employeur concerné visé à l'article 100, § 2, de la loi coordonnée.

Dans ce cas, le médecin-conseil vérifie d'office si le plan de réintégration répond aux conditions précitées posées pour un travail autorisé. Le cas échéant, le médecin-conseil atteste les modalités de son autorisation.

Le médecin-conseil communique le plus rapidement possible ses conclusions quant à l'état d'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée et sa décision quant au travail autorisé au sens de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée au conseiller en prévention – médecin du travail.

Si le médecin-conseil ne donne aucune réaction dans les trois semaines après la réception de la copie du plan de réintégration, il est supposé que :

- l'exécution du plan de réintégration ne mettra pas fin à l'état d'incapacité de travail visé à l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée

et

- la décision du médecin-conseil quant au travail autorisé au sens de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée est positive.

Cf. infra, III.2 (conséquences en cas de déclaration tardive)

Cf. infra, III.3 (conséquences en cas de refus d'octroi de l'autorisation).

III. Procédure de reprise d'un travail adapté au cours de l'incapacité de travail

III.1. Conditions et délai dans lesquels l'autorisation de reprise est octroyée

L'article 100, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée prévoit que le Roi détermine le délai et les conditions dans lesquels l'autorisation de reprise d'une activité professionnelle au cours de l'incapacité, est octroyée.

L'article 230, § 1^{er} et § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 contient les modalités d'exécution de l'article 100, § 2, alinéa 2, précité.

LE TITULAIRE

A. Déclaration de reprise d'une activité professionnelle au cours de l'incapacité de travail

Le titulaire est tenu de déclarer préalablement toute reprise d'activité professionnelle durant son incapacité de travail.

Le titulaire qui souhaite reprendre une activité professionnelle au cours de son incapacité de travail, doit déclarer cette reprise à sa mutualité, *au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement cette reprise.*

B. Demande d'autorisation d'exercer cette activité au cours de l'incapacité de travail

Le titulaire qui souhaite reprendre une activité professionnelle au cours de son incapacité de travail doit également introduire une demande d'autorisation d'exercer cette activité, auprès du médecin-conseil de sa mutualité, *au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement cette reprise.*

C. Formulaire à compléter

Dans un souci de simplification, le titulaire introduit à sa mutualité la déclaration de reprise du travail au cours de l'incapacité ainsi que la demande d'autorisation au médecin-conseil, au moyen d'un **formulaire unique** (voir annexe n° 1 en pièce jointe).¹

Ce formulaire unique contient deux volets :

- un volet "déclaration" destiné au service administratif de la mutualité et
- un volet "autorisation" destiné au médecin-conseil de la mutualité.

Le titulaire qui souhaite reprendre une activité professionnelle au cours de son incapacité de travail, doit compléter ce formulaire et le transmettre à sa mutualité (par pli postal ou par la remise du formulaire à sa mutualité), *au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement cette reprise.*

Ce formulaire unique comprend plusieurs questions pour lesquelles le titulaire doit cocher la réponse correspondante à sa situation et/ou compléter les informations demandées, notamment : le volume de travail dans le cadre de la reprise, la description des tâches à accomplir, l'horaire de travail, les coordonnées de l'employeur auprès duquel le titulaire reprend le travail adapté et les coordonnées du médecin traitant et du médecin du travail.

Ce formulaire dûment complété vise à permettre au médecin-conseil de la mutualité de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'octroi ou non de l'autorisation de reprendre un travail adapté au cours de l'incapacité de travail.

LE MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITÉ

D. Examen de la demande d'autorisation par le médecin-conseil de la mutualité

L'autorisation de reprise d'un travail durant l'incapacité peut être accordée par le médecin-conseil de la mutualité à condition que sur le plan médical, le titulaire conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 % et pour autant que l'exercice de cette activité soit compatible avec l'affection en cause.

1. Non publiée ici.

La condition relative à “la réduction de la capacité d’au moins 50 %”, visée par l’article 100, § 2, de la loi coordonnée, porte exclusivement sur un **critère médical** (à la différence de l’art. 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée qui impose une réduction de la capacité de gain du travailleur à un taux égal ou inférieur à un tiers - critère économique).

Cette exigence d’une réduction de la capacité d’au moins 50 % visée à l’article 100, § 2, de la loi coordonnée, **n’a pas trait non plus au volume du travail pouvant être autorisé par le médecin-conseil** (l’autorisation ne doit pas nécessairement correspondre à un mi-temps).

Sur la base du formulaire unique dûment complété par le titulaire et des éléments du dossier médical, le médecin-conseil de la mutualité examine la demande d’autorisation de reprendre le travail au cours de l’incapacité.

Il n’est plus imposé au médecin-conseil de procéder systématiquement à un examen médical *si les éléments du dossier lui permettent de prendre une décision en toute connaissance de cause.*

Cependant, *dans certaines situations* (voir point E), la tenue d’un examen médical du titulaire reste nécessaire.

E. Situations dans lesquelles la décision du médecin-conseil est subordonnée à la tenue d’un examen médical

Pour garantir une uniformité et une objectivité dans le traitement des demandes d’autorisation, des guidelines (lignes directrices) ont été établies en collaboration avec le Conseil médical de l’invalidité et en association avec le Comité de gestion du Service des indemnités, afin de définir les situations pour lesquelles un examen médical est nécessaire :

- a) De manière générale, si l’examen du dossier du titulaire (demande d’autorisation de reprise d’activité professionnelle au cours de l’incapacité) *ne permet pas* au médecin-conseil de s’assurer que les conditions visées à l’article 100, § 2, de la loi coordonnée sont présentes (réduction de la capacité d’au moins 50 % sur le plan médical et compatibilité de l’activité avec l’affection en cause), *le médecin-conseil procédera alors à un examen médical de ce titulaire.*

Puisque le titulaire exerce un travail adapté à son état de santé durant son incapacité de travail, l’évaluation de l’incapacité de travail au moment de l’examen médical doit s’effectuer sur base des dispositions de *l’article 100, § 2, de la loi coordonnée*. Si, à l’occasion de cet examen médical, le médecin-conseil constate que les conditions visées à l’article 100, § 2, de la loi coordonnée ne sont pas ou plus présentes, il notifiera alors au titulaire une décision de fin de reconnaissance de l’état d’incapacité de travail sur la base de *l’article 100, § 2, de la loi coordonnée*.

- b) La tenue d’un examen médical est toujours nécessaire dans les situations pour lesquelles le médecin-conseil doit rendre une *décision de refus d’octroi de l’autorisation de reprise d’activité ou de fin d’incapacité de travail.*
- c) L’examen médical est également toujours requis lorsque le titulaire a déclaré sa reprise du travail durant son incapacité de travail *dans un délai supérieur aux 14 jours civils* (voir point III.2) à compter de ladite reprise (ainsi que dans les cas de reprise du travail sans autorisation). Dans ces situations, en effet, les dispositions de *l’article 101 de la loi coordonnée* sont applicables jusqu’à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets. En vertu de cette disposition, le titulaire est soumis à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de son incapacité de travail sont réunies à la date de l’examen et ultérieurement.

d) Lorsque la *demande d'autorisation* de reprise du travail porte sur une reprise **auprès du même employeur**, dans une période inférieure à **quatre semaines** à compter du premier jour de l'incapacité de travail, le médecin-conseil procédera à la tenue d'un examen médical du titulaire afin de s'assurer que les conditions visées à l'article 100, § 2, de la loi coordonnée sont remplies par le titulaire.

F. Délai dans lequel le médecin-conseil doit rendre sa décision

Le médecin-conseil de la mutualité doit rendre sa décision *au plus tard* le trentième jour ouvrable à dater du premier jour de la reprise de l'activité au cours de l'incapacité.

Il convient en effet pour le titulaire d'être fixé le plus rapidement possible sur sa situation (sécurité juridique) et sur le caractère compatible ou non de cette reprise avec son état de santé.

G. Notification de la formule d'autorisation

Lorsque le médecin-conseil de la mutualité donne son autorisation à la reprise d'un travail adapté au cours de l'incapacité de travail, la formule d'autorisation est notifiée au titulaire, par pli postal, au plus tard dans les sept jours civils à dater de la décision.

La formule d'autorisation est jointe en annexe 1 de la circulaire O.A. n° 2018/ 44 du 14 février 2018.

Si le médecin-conseil a procédé à un examen médical en vue de rendre sa décision, la formule d'autorisation peut alors être remise au titulaire, à l'issue de l'examen médical.

L'autorisation rendue par le médecin-conseil doit préciser la nature, le volume et les conditions d'exercice de l'activité professionnelle autorisée au cours de l'incapacité de travail.

Le médecin-conseil limite la durée de la période couverte par l'autorisation à 2 ans maximum. Il peut toutefois renouveler par la suite (à plusieurs reprises, si nécessaire) l'autorisation pour une nouvelle période de 2 ans maximum (*cf. supra*, I – autorisations accordées avant le 01.04.2018).

Cette autorisation est consignée dans le dossier médical et administratif du titulaire au siège de la mutualité.

La mutualité doit transmettre à l'INAMI, par le biais d'un *message électronique*, les données relatives à cette autorisation.

H. Périodicité de l'examen médical pratiqué dans le courant d'une période de reprise d'un travail adapté (art. 16 du Règlement des indemnités)

Durant le courant d'une période de reprise d'un travail adapté, le médecin-conseil de la mutualité doit procéder au contrôle du degré d'incapacité de travail du titulaire au sens de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée, *au moins une fois tous les six mois sauf si les éléments figurant au dossier médical justifient un examen à une date ultérieure*.

I. Autorisations accordées avant le 1^{er} avril 2018 (disposition transitoire jusqu'au 01.04.2019)

Avant le 1^{er} avril 2019, le médecin-conseil met fin à toutes les autorisations encore en cours, qui avaient été accordées avant le 1^{er} avril 2019 pour une durée indéterminée ou pour plus de deux ans, et accorde, si nécessaire, une nouvelle autorisation pour une durée limitée de 2 ans maximum (*cf. supra*, G - Notification de la formule d'autorisation).

III.2. Conséquences en cas de déclaration tardive par le titulaire de sa reprise d'activité professionnelle au cours de l'incapacité

L'article 100, § 2, alinéa 3, de la loi coordonnée prévoit que le Roi détermine dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités pourront être octroyées en cas de non-respect par le titulaire, du délai et des conditions de déclaration (et de demande d'autorisation) de reprise du travail au cours de l'incapacité, *en-dehors de toute situation de reprise frauduleuse ou de constatation par un contrôleur social ou une mutualité (dans le cadre, par ex., du datamatching)*.

Cette disposition n'est pas d'application lorsque le titulaire n'est pas obligé de demander l'autorisation au médecin-conseil (par ex., lorsque le travailleur reprend le travail dans le cadre d'un plan de réintégration remis par le conseiller en prévention – médecin du travail – *cf. supra*, II).

Le paragraphe *2bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 contient les modalités d'exécution de l'article 100, § 2, alinéa 3, précité :

- en cas de non-respect par le titulaire du délai et des conditions de déclaration (et de demande d'autorisation) de reprise du travail au cours de l'incapacité, une *sanction* s'applique lorsque la tardivité se situe dans un *délai de 14 jours* à dater de la reprise (voir point III.2.A)
- si le titulaire a déclaré sa reprise au-delà de ce délai de 14 jours à dater de la reprise, celui-ci se voit appliquer les dispositions de l'article 101 de la loi coordonnée jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets (voir point III.2.B).

A. Déclaration tardive, effectuée dans un délai de 14 jours civils à compter de la reprise

Le titulaire qui accomplit tardivement la formalité de déclaration (et de demande d'autorisation) de reprise du travail adapté, mais dont la tardivité se situe dans un délai de 14 jours civils à compter de la reprise du travail, se voit appliquer une sanction sous la forme d'une réduction de 10 % appliquée au montant journalier de son indemnité d'incapacité de travail (calculée conformément à la règle de cumul visée à l'art. 230 de l'A.R. du 03.07.1996).

En d'autres termes, dans cette situation, le titulaire peut se voir accorder les indemnités d'incapacité de travail calculées conformément à la règle de cumul visée à l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, *moyennant une réduction de 10 % appliquée au montant journalier de l'indemnité*.

Cette réduction de 10 % est appliquée à partir du premier jour de la reprise du travail, jusque et y compris le jour de l'envoi du formulaire unique, le cachet postal faisant foi, ou de la remise du formulaire unique à la mutualité.



Exemple d'application de la réduction de 10 %

Un titulaire reconnu incapable de travailler, introduit sa déclaration de reprise d'un travail adapté tardivement mais dans les 14 jours civils à compter de la reprise.

Calcul des indemnités dues en application de la règle de cumul visée à l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (sans la réduction de 10 %) :

En cas de reprise d'une activité à mi-temps (50 %), une indemnité journalière de 50 EUR est, par exemple, réduite de 30 % (15 EUR), à 35 EUR.

Tardivité inférieure à 15 jours civils : indemnités diminuées de 10 %

L'intéressé introduit sa déclaration tardive endéans les 14 jours civils de la reprise : pour la période allant du 1^{er} jour de la reprise de l'activité jusque et y compris le jour de l'envoi du formulaire unique, le cachet postal faisant foi, ou de la remise du formulaire unique à la mutualité, l'intéressé va percevoir une indemnité journalière de 35 EUR diminuée de 10 % (- 3,5 EUR), soit au total :

$$35 \text{ EUR} - 3,5 \text{ EUR} = 31,5 \text{ EUR}$$

B. Déclaration tardive, effectuée à partir du 15^e jour civil à compter de la reprise

Lorsque le titulaire a accompli les formalités de déclaration (et de demande d'autorisation) dans un délai supérieur aux 14 jours civils à compter de la reprise, *les dispositions relatives à l'article 101 de la loi coordonnée* lui sont applicables à partir du premier jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets.

Dans ce cas, le médecin-conseil doit procéder au contrôle de l'incapacité de travail le plus rapidement possible (dans les trente jours ouvrables de la déclaration de la reprise du travail) et l'indu est limité aux seuls jours de travail (il est possible d'introduire une demande de renonciation à la récupération de cet indu auprès du Comité de gestion du Service des indemnités). Étant donné que les titulaires qui déclarent la reprise du travail adapté *au-delà des 14 jours calendrier* de la reprise ne peuvent pas bénéficier, en cas de renonciation à la récupération de l'indu, d'un traitement plus favorable que les titulaires qui déclarent leur reprise du travail dans les 14 jours de ladite reprise, il convient, pour déterminer le montant maximal de la renonciation dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 101, de tenir compte du montant des indemnités auxquelles l'intéressé aurait pu prétendre en application de la règle de cumul visée à l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, *diminuées de 10 %*.

III.3. Conséquences en cas de refus d'octroi de l'autorisation de reprise du travail ou de décision mettant fin à l'incapacité de travail sur base de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée

L'article 100, § 2, alinéa 4, de la loi coordonnée prévoit que le Roi détermine dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités pourront toutefois être accordées pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision de refus d'autorisation ou de fin d'incapacité rendue par le médecin-conseil, *en-dehors de toute situation de reprise frauduleuse ou de constatation par un contrôleur social ou une mutualité (dans le cadre, par ex. du datamatching)*.

L'article 230, § 2^{ter}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 contient les modalités d'exécution de l'article 100, § 2, alinéa 4, précité :

Lorsque le titulaire se voit notifier, après la reprise du travail, une décision de refus d'octroi de l'autorisation (pour non compatibilité de l'activité avec l'état de santé) ou une décision qui met fin à son incapacité de travail (parce qu'il ne conserve pas une réduction de sa capacité d'au moins 50 % sur le plan médical), il peut sous certaines conditions maintenir le bénéfice des indemnités pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision précitée :

- Le titulaire a accompli les *formalités* de déclaration et de demande d'autorisation *dans le délai imparti* (au plus tard, le dernier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise du travail) et reprend le travail avant d'obtenir l'autorisation du médecin-conseil.

Dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative rendue par le médecin-conseil, le titulaire peut maintenir le bénéfice de ses indemnités calculées conformément à la règle de cumul visée à l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

- Le titulaire a accompli *tardivement* (mais *dans les 14 jours civils de la reprise*) les formalités de déclaration et de demande d'autorisation et reprend le travail avant d'obtenir l'autorisation du médecin-conseil.

Dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative, le titulaire maintient le bénéfice de ses indemnités (calculées conformément à la règle de cumul visée à l'art. 230 de l'A.R. du 03.07.1996), *moyennant une réduction de 10 %* (voir point III.2.A).

- Le titulaire a accompli *tardivement* (*au-delà des 14 jours civils de la reprise*) les formalités de déclaration et de demande d'autorisation et reprend le travail avant d'obtenir l'autorisation du médecin-conseil.

Dans cette situation, les dispositions relatives à l'article 101 de la loi coordonnée lui sont applicables à partir du premier jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets (voir point III.2.B).

IV. Situation spécifique de la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante qui souhaite poursuivre son activité indépendante durant une période de protection de la maternité (régime salarié)

L'article 219^{ter}, § 5, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 règle la situation spécifique de la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante qui souhaite poursuivre son activité indépendante durant la période de protection de la maternité dont elle fait l'objet dans le cadre de son activité salariée.

Conformément à cette disposition réglementaire, la travailleuse susvisée peut, sous certaines conditions, être autorisée à poursuivre son activité indépendante (exercée avant la mesure d'écartement) durant la mesure de protection de la maternité dont elle fait l'objet dans le cadre de son activité salariée.

Parmi ces conditions, la travailleuse susvisée doit demander *l'autorisation préalable au médecin-conseil de sa mutualité* au moyen d'un formulaire de demande d'autorisation.

Dans cette situation, l'autorisation préalable du médecin-conseil reste donc maintenue pour la travailleuse susvisée (pour éviter qu'elle ou son enfant n'encourent un risque par la poursuite de son activité indépendante).

La circulaire O.A. n° 2000/285 (rubrique 406/06)² du 4 août 2002 relative à l'application de l'article 219^{ter}, § 5, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, qui demeure d'application à la situation de la travailleuse susvisée, apporte des précisions sur la condition du "caractère préalable" de la demande d'autorisation pour la poursuite de l'activité indépendante durant une mesure d'écartement (dont elle fait l'objet dans le cadre de son activité salariée).

2. Publiée dans le B.I. n° 2000/2, p. 237.

V. Entrée en vigueur

La présente circulaire entre en vigueur le 1^{er} avril 2018.

Elle remplace la circulaire O.A. n° 2013/156 – 249/21³ du 11 avril 2013 et la circulaire O.A. n° 2015/129 – 249/25 du 7 mai 2015.



Circulaire O.A. n° 2018/45 – 249/29 du 14 février 2018.

VI. Écartement du travail des travailleuses enceintes, des travailleuses accouchées et des travailleuses accouchées qui allaitent leur enfant

Introduction

Depuis le 1^{er} janvier 2010, en vertu des dispositions de la loi de relance économique du 27 mars 2009, l'indemnisation de tous les cas d'écartements du travail des travailleuses enceintes est prise en charge dans le cadre de l'assurance maternité des travailleurs salariés, que la cause de cette mesure soit ou non liée à un risque de maladie professionnelle.

Cette circulaire O.A. remplace la circulaire O.A. n° 2012/239 - 406/10-9/1¹ du 28 juin 2012, en particulier suite à la modification de certaines dispositions relatives au calcul des indemnités de maternité en cas d'*écartement partiel* via l'arrêté royal du 4 février 2018 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 (M.B. 09.02.2018). Un certain nombre de directives sont pour le surplus actualisées et complétées.

I. Droit aux indemnités de maternité pour cause d'écartement du travail et calcul des indemnités de maternité

A. Travailleuses du secteur privé

1. ÉCARTEMENT TOTAL DU TRAVAIL

1.1. Écartement total du travail (suspension de l'exécution du contrat de travail) de la travailleuse enceinte

La travailleuse enceinte qui est totalement écartée du travail a droit à une indemnité de maternité dont le montant est fixé conformément à l'article 239*bis*, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Cette indemnité est fixée à **78,237 %** du salaire perdu visé à l'article 131, alinéa 3, de la loi coordonnée (en d'autres mots le salaire journalier moyen plafonné).

Cette indemnité est allouée jusqu'à la *sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement* ou la huitième semaine, lorsqu'une naissance multiple est prévue.

À partir de la sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple (début du repos prénatal), l'indemnisation prévue pour le repos de maternité prend le relais de l'indemnisation en cas d'écartement du travail.

1. Publiée dans le B.I. n° 2012/2, p. 243.

Afin de permettre à la mutualité de cesser le paiement de l'indemnité "écartement du travail" à partir de la sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement (huitième semaine en cas de naissance multiple), la travailleuse enceinte est invitée à communiquer la date présumée de l'accouchement et si une naissance multiple est prévue, au moyen d'une attestation du médecin traitant. Cette attestation est à joindre à l'attestation de l'employeur précisant la nature de la mesure de protection de la maternité prise à l'égard de la travailleuse.

1.2. Écartement total du travail (suspension de l'exécution du contrat de travail) de la travailleuse accouchée ou qui allaite son enfant

La travailleuse accouchée ou allaitante, qui est totalement écartée du travail, a droit à une indemnité d'incapacité de travail dont le montant est fixé conformément à l'article 219*bis*, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Cette indemnité est fixée à **60 %** du salaire perdu visé à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée (en d'autres mots, le salaire journalier moyen plafonné).

L'intéressée a seulement droit à une indemnité de maternité durant une période de 5 mois à compter du jour de l'accouchement.

2. EXERCICE D'UN TRAVAIL ADAPTÉ AVEC PERTE DE SALAIRE OU POURSUITE D'UNE ACTIVITÉ PENDANT UNE PÉRIODE DE PROTECTION DE LA MATERNITÉ

2.1. Exercice par la travailleuse enceinte, d'un travail adapté avec perte de salaire

La travailleuse enceinte qui exerce un travail adapté avec perte de salaire a droit à une indemnité de maternité dont le montant est déterminé conformément à l'article 219*ter*, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Cette indemnité est allouée (au plus tard) jusqu'à la semaine précédant la date présumée de l'accouchement, si la travailleuse poursuit l'exercice du travail adapté pendant la période prénatale facultative.

La travailleuse bénéficie d'une indemnité dont le montant est fixé à **60 %** de la différence entre :

- d'une part, le salaire journalier moyen non plafonné², qu'elle percevait avant l'aménagement des conditions ou du temps de travail à risque ou le changement de poste de travail et
- d'autre part, le montant du revenu professionnel évalué en jour ouvrable, qu'elle perçoit, soit après l'adaptation de ses conditions de travail ou du temps de travail à risque, soit après le changement de poste de travail.

Cette différence n'est toutefois prise en considération qu'à concurrence du montant maximum fixé à l'article 87, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée (le plafond AMI).

Il s'agit de deux montants bruts.

Par revenu professionnel, il faut entendre :

- les rémunérations et autres avantages qui peuvent être pris en considération pour déterminer la rémunération perdue, visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée³

2. Le salaire perdu, visé à l'art. 113, al. 3, de la loi coordonnée, sans toutefois appliquer le montant maximum visé à l'art. 87, al. 1^{er}, de la loi coordonnée (= le plafond AMI).

3. De manière générale, il s'agit plus précisément de tous les montants et avantages auxquels la travailleuse peut prétendre en exécution de son contrat de travail et pour lesquels des cotisations de sécurité sociale sont dues, à l'exception du pécule de vacances complémentaires, de la prime de fin d'année et des autres primes et avantages similaires qui sont accordées indépendamment du nombre de jours effectivement prestés durant le trimestre de la déclaration à l'organisme perceuteur des cotisations de sécurité sociale (A.R. du 10.06.2001 établissant la notion uniforme de rémunération journalière moyenne ...).

- la rémunération garantie deuxième semaine et l'indemnité visée par les conventions collectives de travail n° 12bis et n° 13bis
- toute indemnité, allocation ou rente compensant la perte de ce revenu.

Pour déterminer le montant journalier de ce revenu professionnel, la mutualité divise le montant hebdomadaire, mensuel, trimestriel ou annuel, respectivement par 6, 26, 78 ou 312.

Exemple :

Une travailleuse X exerce depuis le 1^{er} février 2018 une activité adaptée avec perte de salaire. Avant l'adaptation de ses conditions de travail, elle pouvait prétendre à un salaire mensuel de 3.800 EUR. Durant l'écartement partiel son salaire mensuel forfaitaire s'élève à 2.000 EUR durant le mois de février 2018.


- Fixation du salaire perdu avant l'adaptation des conditions de travail :
3.800 EUR / 26 = 146,1538 EUR (le plafond AMI n'est **pas** d'application)
- Fixation du revenu professionnel converti en jours ouvrables, après l'adaptation des conditions de travail :
2.000 EUR / 26 = 76,9231 EUR
- Calcul des indemnités de maternité en raison de l'écartement partiel :
60 % (146,1538 EUR – 76,9231 EUR < plafond AMI) = 41,5384 EUR.

La mutualité accorde à la travailleuse X, durant le mois de février 2018, des indemnités de maternité de 41,54 EUR par jour qu'elle cumule avec les revenus de l'activité adaptée.

S'il s'agit d'un montant mensuel, la mutualité applique le diviseur 26. La mutualité ne réduit pas ce diviseur 26 à concurrence du nombre de jours indemnifiables qui sont couverts par un pécule de vacances que l'employeur paie (pour ses employés), vu que le simple pécule de vacances correspond à la rémunération de la travailleuse.

La mutualité déroge entre autre à cette règle dans les cas suivants :

- 1) La travailleuse débute l'activité adaptée avec perte de salaire dans le courant d'un mois. Dans ce cas le diviseur 26 est réduit du nombre de jours indemnifiables de ce mois pour lesquels la travailleuse n'exerçait pas encore l'activité adaptée. Si la travailleuse entame, par exemple, l'activité le 17 janvier 2018, la mutualité doit diviser les revenus de janvier 2018 par 12 (26 – 14 = 12) ; la réduction de 14 jours correspond au nombre de jours ouvrables de la période du 1^{er} janvier 2018 au 16 janvier 2018.
- 2) La travailleuse cesse l'activité adaptée avec perte de salaire dans le courant d'un mois, par exemple, parce qu'elle entame le repos de maternité, qu'elle reprend normalement le travail ou que le contrat de travail prend fin. La mutualité réduit alors le diviseur 26 à concurrence du nombre de jours ouvrables de la période durant laquelle la travailleuse n'exerçait plus l'activité adaptée.

 lorsque l'activité adaptée (avec perte de salaire) prend fin moyennant le paiement d'une indemnité de rupture de contrat et que cette indemnité est calculée sur base du salaire de l'activité adaptée, la mutualité ne réduit pas le diviseur 26 pour le mois au cours duquel le contrat est rompu mais pour le mois au cours duquel expire la période couverte par l'indemnité de rupture.

- 3) Une ouvrière prend un ou plusieurs jour de vacances dans le courant du mois. Le montant du pécule simple de vacances étant payé par une caisse de vacances ou l'Office national des vacances annuelles (l'ONVA), il n'est pas communiqué par l'employeur. La mutualité réduit alors le diviseur 26 à concurrence du nombre de jours (exprimé dans un régime de 6 jours par semaine) couverts par le pécule de vacances payé par la caisse de vacances ou l'ONVA.

Pour les **jours de vacances** que la travailleuse prend dans le cadre de l'activité adaptée ou qu'elle ne prend pas avant la fin de l'année de vacances (solde), les indemnités de maternité sont refusées en application de l'article 103, § 1^{er}, 2^o, et de l'article 117 de la loi coordonnée.

2.2. Travailleuse enceinte exerçant plusieurs emplois salariés qui n'est écartée du travail que du chef d'une ou de plusieurs mais pas de toutes ces occupations

La travailleuse enceinte qui exerce plusieurs activités salariées et dont la suspension de l'exécution du contrat de travail ou la dispense de travail ne concerne qu'une ou plusieurs mais pas toutes ces activités a droit à une indemnité de maternité dont le montant est déterminé conformément aux dispositions de l'article 219^{ter}, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Cette indemnité est allouée (au plus tard) jusqu'à la semaine précédant la date présumée de l'accouchement, si la travailleuse poursuit son activité pendant la période prénatale facultative.

L'indemnité s'élève à **60 %** du salaire perdu, visé à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée, découlant de l'activité dont la titulaire est écartée (plus précisément la rémunération journalière moyenne plafonnée).

Pour les jours de vacances que la travailleuse ne prend pas avant la fin de l'année de vacances (solde), les indemnités de maternité sont refusées en application de l'article 103, § 1^{er}, 2^o, et de l'article 117 de la loi coordonnée.

Exemple :

Une travailleuse Y est liée par 2 contrats de travail : employeur A (rémunération forfaitaire de 2.000 EUR par mois) et employeur B (rémunération forfaitaire de 850 EUR par mois). Chez l'employeur A, elle est écartée complètement du travail à partir du 1^{er} février 2018.

- Fixation du salaire perdu chez l'employeur A :
2.000 EUR / 26 = 76,9231 EUR < plafond AMI
- Calcul des indemnités de maternité en raison de l'écartement partiel :
60 % x 76,9231 EUR = 46,1539 EUR

La mutualité accorde à la travailleuse Y, durant le mois de février 2018, des indemnités de maternité de 46,15 EUR par jour qu'elle cumule avec la rémunération chez l'employeur B.

2.3. Travailleuse accouchée ou qui allaite son enfant - exercice d'un travail adapté avec perte de salaire ou poursuite d'une activité dans le courant d'une période de protection de la maternité

La mutualité calcule les indemnités de maternité, suivant le cas, sur base de l'article 219^{ter}, § 1^{er}, ou § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (*cf. supra*, 2.1. et 2.2.).

3. TRAVAILLEUSE ENCEINTE QUI, PENDANT LA PÉRIODE DE PROTECTION DE LA MATERNITÉ, POURSUIT L'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ INDÉPENDANTE QU'ELLE EXERÇAIT IMMÉDIATEMENT AVANT LE DÉBUT DE CETTE PÉRIODE (ART. 219^{TER}, § 5, DE L'A.R. DU 03.07.1996)

3.1. Travailleuse enceinte faisant l'objet d'un écartement total de son activité salariée :

Jusqu'à la sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement ou la huitième semaine lorsqu'une naissance multiple est prévue, la travailleuse a droit à une indemnité de maternité dont le montant est fixé à **78,237 %** de la rémunération perdue visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée (art. 219^{bis}, § 1^{er}, al. 1^{er}, de l'A.R. du 03.07.1996).

À partir de la sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement ou de la huitième semaine lorsqu'une naissance multiple est prévue, la travailleuse a droit à une indemnité de maternité dont le montant est fixé à **60 %** de la rémunération perdue visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée (art. 219**bis**, § 1^{er}, al. 2 de l'A.R. susvisé).

Ces indemnités sont diminuées de 10 %, conformément à l'article 219**ter**, § 5, alinéa 4, de l'arrêté royal susvisé.

3.2. Travailleuse enceinte faisant l'objet d'un écartement partiel de son activité salariée :

Dans ce cas, la travailleuse a droit à une indemnité de maternité dont le montant est fixé conformément aux dispositions de l'article 219**ter** de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Cette indemnité est diminuée de 10 %, conformément à l'article 219**ter**, § 5, alinéa 4, de l'arrêté royal susvisé.

B. Travailleuses du secteur public

1. TRAVAILLEUSES CONTRACTUELLES DES ADMINISTRATIONS PROVINCIALES ET LOCALES (DÉCLARATION DMFA APL)

Les dispositions visées sous le point A pour les travailleuses du secteur privé sont également d'application, aux travailleuses contractuelles des administrations provinciales et locales affiliées pour lesquelles l'employeur (ou son mandataire) procède à une DMFA APL.

L'assurance maternité des travailleurs salariés n'intervient pas en faveur des travailleuses statutaires (ce sont les administrations qui indemnisent les cas d'écartement du travail de leur personnel statutaire).

2. AUTRES TRAVAILLEUSES CONTRACTUELLES DU SECTEUR PUBLIC (DÉCLARATION DMFA)

En vertu des dispositions de la loi du 3 juillet 1967 relative à la réparation des dommages résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public, c'est l'employeur qui prend en charge l'indemnisation de ces travailleuses, lorsque la cause de la mesure d'écartement du travail est liée à un risque de maladie professionnelle.

C. Formulaire à compléter par l'employeur

En vue de l'octroi d'une indemnité de maternité à la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante qui fait l'objet d'une mesure de protection de la maternité dans le cadre de la loi du 16 mars 1971 sur le travail, l'employeur doit remplir une attestation.

Au moyen d'une attestation du médecin traitant à joindre à l'attestation de l'employeur (*cf. l'annexe 1*), la travailleuse enceinte est invitée à communiquer, afin de permettre à sa mutualité de calculer correctement l'indemnité de maternité qui lui est due, les données suivantes :

- la date présumée de l'accouchement
- si une naissance multiple est prévue ou non.


En cas d'écartement partiel de la travailleuse "travail adapté avec perte de salaire", l'employeur complète une attestation mensuelle de revenus (cf. l'annexe 3) afin de permettre à sa mutualité de calculer ses indemnités de maternité à concurrence de la perte de rémunération résultant de l'adaptation de ses conditions de travail (cf. *supra*, I.A. 2.1.).

D. Les gardiennes d'enfants

Depuis le 1^{er} janvier 2010, les gardiennes d'enfants qui font l'objet d'une mesure d'écartement total du travail sont indemnisées par leur mutualité (avant cette date, elles étaient prises en charge par le FMP, entretemps devenu FEDRIS).

La rémunération journalière moyenne sur base de laquelle les indemnités de maternité sont calculées correspond à $1/26^e$ du montant du revenu minimum mensuel moyen garanti multiplié par une fraction dont le numérateur est égal au nombre de places d'accueil pour lesquelles la gardienne d'enfants a obtenu l'agrément au moment où débute la mesure de protection de la maternité et dont le dénominateur est égal au nombre maximum de places d'accueil pouvant être agréé sur base de la réglementation en vigueur pour la Communauté compétente (en vertu de l'art. 45, § 3, du règlement des indemnités du 16.04.1997).

Il est donc tenu compte de la *capacité d'accueil théorique* (le nombre de places pour lesquelles la gardienne d'enfants a obtenu l'agrément) et non du nombre de places pour lesquelles une convention a été conclue entre la gardienne d'enfants et les parents.

 La législation en **Flandre** a toutefois été modifiée depuis le 1^{er} avril 2014 (en vertu du Décret du 20.04.2012 portant organisation de l'accueil de bébés et de bambins). Il n'utilise plus la notion de "capacité reconnue". On travaille dorénavant avec des autorisations pour lesquelles il n'y a pas plus de 4 places maximum. Dans le cadre de "l'accueil familial", la gardienne d'enfants peut accueillir maximum 8 enfants. La réglementation en relation avec le calcul des indemnités de maternité pour les gardiennes d'enfants est toutefois liée à la législation ONSS dans laquelle il est encore question de "places reconnues" et de "décision de reconnaissance". Une gardienne d'enfants avec une autorisation pour "8 enfants" peut, pour la sécurité sociale, toutefois avoir seulement une "capacité reconnue" de "4 enfants".

Concrètement, cela signifie que la gardienne d'enfants peut prétendre à une indemnité de maternité (en cas d'écartement total) calculée sur base de la rémunération journalière moyenne susvisée :

- au taux de **78,237 %** pour la période d'écartement du travail pendant la grossesse et jusqu'à la sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement (ou la 8^e semaine en cas de naissance multiple)
- au taux de **82 %** durant les trente premiers jours du repos de maternité et de **75 %** à partir du 31^e jour de cette période
- au taux de **60 %** en cas d'écartement du travail après l'accouchement.

Formulaire à compléter en vue de l'indemnisation des gardiennes d'enfants

Une attestation spécifique doit être complétée par le service d'accueil agréé (cf. l'annexe 2).

Sur cette attestation, à transmettre par la gardienne d'enfants à sa mutualité, le service d'accueil agréé doit attester de la mesure d'écartement du travail prise ainsi que de la date de début et de fin de cette mesure. Le service d'accueil doit également indiquer le nombre de places d'accueil pour lesquelles la gardienne d'enfants a obtenu l'agrément ainsi que le nombre de places d'accueil maximum qui peut être agréé par la Communauté compétente au début de la période de protection de la maternité (*toujours maximum 4 – cf. supra*).

La gardienne d'enfants enceinte est invitée à communiquer la date présumée de l'accouchement (et si une naissance multiple est prévue), au moyen d'une attestation du médecin traitant à joindre à l'attestation du service d'accueil agréé.

Les autres données nécessaires à l'indemnisation sont communiquées dans la feuille de renseignements.

II. Situations particulières

A. Écartement du travail et mi-temps médical

Dans l'hypothèse où un employeur écarte une travailleuse dans le cadre de l'activité à temps partiel pour laquelle elle a reçu l'autorisation du médecin-conseil en application de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée, l'intéressée doit uniquement être indemnisée en incapacité (totale) de travail et il ne doit pas être fait application de la règle de cumul contenue à l'article 219^{ter}, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Cette indemnité d'incapacité de travail sera calculée sur base de la rémunération perdue que la travailleuse percevait avant le début de son incapacité de travail.

B. Écartement total du travail et accouchement tardif

Lorsqu'il s'agit d'un écartement total et que l'intéressée accouche tardivement par rapport à la date présumée, la mutualité doit octroyer une indemnité d'écartement du travail, au taux de 78,237 %, jusqu'au début des 6 ou 8 semaines préalables à la **date présumée** de l'accouchement. Durant les 30 premiers jours de la période subséquente (repos de maternité), l'intéressée pourra prétendre à un taux de 82 %, puis à un taux de 75 % à partir du 31^e jour.

En d'autres termes, en cas d'accouchement tardif, une indemnité de repos de maternité, au taux de 75 %, sera donc versée par la mutualité pour la période qui sépare la date présumée de l'accouchement de la date réelle de l'accouchement. Si l'accouchement se produit après la date prévue par le médecin, le repos prénatal est en effet prolongé jusqu'à la date réelle de l'accouchement.

C. Indemnisation d'une travailleuse écartée du travail auprès d'un employeur et reconnue incapable de travailler dans le cadre de l'activité qu'elle poursuit auprès de l'autre employeur

En vertu des dispositions actuelles de l'article 219^{ter}, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la travailleuse qui est titulaire de deux emplois salariés et qui n'est écartée du travail que du chef de l'une de ces deux occupations bénéficie d'une indemnité correspondant à 60 % de la rémunération journalière découlant de l'activité dont elle est écartée.

Si la travailleuse est reconnue incapable de poursuivre l'activité dont elle n'était pas écartée, elle continue durant la période de salaire garanti à prétendre à une indemnité de maternité calculée sur base des dispositions de l'article 219^{ter}, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Si la travailleuse ne reprend plus le travail pour cause d'incapacité de travail à l'expiration de la période de salaire garanti, elle pourrait, dans cette situation, ne plus être considérée, à partir du début de son incapacité de travail, comme se trouvant dans une période de protection de la maternité. Dans ce cas, la travailleuse peut prétendre à des *indemnités d'incapacité de travail*, calculées sur base du salaire perdu découlant de ses deux occupations. Pour la période couverte par le salaire garanti, elle ne peut prétendre, en application de l'article 242, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, qu'à une indemnité d'incapacité de travail calculée sur base de la rémunération perdue de l'autre employeur.

D. Indemnisation d'une travailleuse qui est partiellement écartée du travail chez un employeur et qui est par la suite reconnue incapable de travailler

Cette travailleuse bénéficie sur base de l'article 219^{ter}, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, durant l'écartement partiel du travail d'une indemnité dont le montant est fixé à 60 % de la différence entre, d'une part, le salaire perdu qu'elle gagnait avant l'adaptation de ses conditions de travail ou du temps de travail à risque ou avant le changement de poste de travail et, d'autre part, le montant exprimé en jours ouvrables du revenu professionnel, que la titulaire reçoit, soit après l'adaptation de ses conditions de travail ou du temps de travail à risque, soit après le changement de poste de travail (*cf. supra* 1.2.1.).

Si la travailleuse est reconnue incapable de travailler durant la période d'écartement partiel du travail, l'employeur est redevable du salaire garanti calculé sur base du salaire qu'elle aurait perçu dans le cadre de l'adaptation de ses conditions de travail ou du temps de travail à risque ou après le changement de poste de travail.

Ce salaire garanti constitue un revenu professionnel que la travailleuse reçoit soit après l'adaptation de ses conditions de travail ou du temps de travail à risque, soit après le changement de poste de travail, et entre en considération pour appliquer la règle de la différence précitée.

Si la travailleuse ne reprend plus le travail pour cause d'incapacité de travail à l'expiration de la période de salaire garanti, elle devrait, à l'expiration de la période couverte par le salaire garanti, être considérée comme en incapacité de travail à condition qu'elle remplisse les conditions pour être reconnue incapable de travailler (en vertu de l'art. 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée). Dans ce cas, la mutualité calcule les indemnités d'incapacité de travail de la travailleuse sur base du salaire perdu déterminé le premier jour de son écartement du travail (en vertu de l'art. 33, § 2, du règlement des indemnités du 16.04.1997).

E. Compétence du médecin-conseil en matière d'écartement du travail

Si le médecin-conseil estime que les conditions de l'écartement du travail (mesure décidée par l'employeur après avis du médecin du travail) ne sont pas remplies, il peut prendre contact avec le conseiller en prévention-médecin du travail afin de lever les doutes éventuels. Ce type de contrôle devrait toutefois être réservé aux cas dans lesquels il existe un doute quant au bien-fondé de la mesure d'écartement du travail.

F. Situation de la travailleuse devant immédiatement faire l'objet d'une mesure de protection de la maternité, celle-ci risquant d'être exposée à un risque auquel toute exposition est interdite (art. X.5-7 du Code du bien-être au travail)

La mesure de protection de la maternité est prise par l'employeur, sur avis du conseiller en prévention-médecin du travail repris sur la fiche d'évaluation de santé complétée à l'issue de l'examen médical.

L'hypothèse visée est celle où l'employeur a procédé immédiatement à l'écartement de la travailleuse, celle-ci risquant d'être exposée à un risque auquel toute exposition est interdite, alors que l'examen médical de celle-ci par le conseiller en prévention-médecin du travail n'a pas encore eu lieu.

Dans la plupart des cas, l'employeur concerné aura déjà procédé à une évaluation générale des risques en vertu de l'article 41 de la loi sur le travail du 16 mars 1971 en collaboration avec le conseiller en prévention-médecin du travail (et le Service de prévention et de protection au travail).

Dès lors, lorsque la travailleuse à laquelle s'applique une des dispositions des articles 42 à 43^{bis} de la loi sur le travail du 16 mars 1971, est soumise à un examen médical par le conseiller en prévention-médecin du travail (surveillance de la santé, telle que fixée dans le titre IV du livre I du Code du bien-être au travail 2017), l'évaluation générale des risques a déjà eu lieu. Dans la plupart des cas, le conseiller en prévention-médecin du travail complètera le formulaire d'évaluation de santé constituant la justification de la suspension de l'exécution du contrat de travail ou de la dispense de travail visées aux articles 42, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3^o et 43, § 1^{er}, alinéa 2, 2^o, de la loi sur le travail du 16 mars 1971, décidée par l'employeur.

Dans cette situation, la mesure d'écartement du travail prend cours à partir de l'écartement immédiat du poste à risque et l'employeur n'est pas tenu au paiement du salaire jusqu'à la date à laquelle a lieu l'examen médical. Cet examen médical par le conseiller en prévention-médecin du travail doit cependant avoir lieu le plus rapidement possible.

Le Service public fédéral emploi, travail et concertation sociale a marqué son accord sur cette manière de procéder et a précisé qu'il était non seulement nécessaire que cet examen ait lieu le plus rapidement possible mais qu'il est aussi indiqué que l'employeur, lorsqu'il écarte une travailleuse de son poste de travail (en raison de l'exposition de celle-ci à un risque dont l'exposition est interdite et qui figure à l'annexe I.4-2 du Code du bien-être au travail 2017), se consulte avec le conseiller en prévention-médecin du travail (au besoin par téléphone), afin de choisir la mesure la plus adaptée pour éviter l'exposition de la travailleuse au risque constaté, et afin d'obtenir, le cas échéant, la confirmation que l'écartement doit bien être décidé.

C'est donc à la mutualité qu'il appartient de verser l'indemnité d'écartement du travail à partir de la date à laquelle l'employeur a procédé à l'écartement immédiat de la travailleuse enceinte et ce, dès réception de l'attestation de l'employeur et du formulaire d'évaluation de santé complété par le conseiller en prévention-médecin du travail lors de l'examen médical (sauf pour la journée au cours de laquelle a eu lieu l'examen médical de la travailleuse par le médecin du travail, cette journée étant considérée comme un jour de travail pour lequel la rémunération normale est due par l'employeur en vertu de l'art. 42, § 2, de la loi du 16.03.1971 sur le travail et de l'art. 1.4-11, § 1^{er}, du Code du bien-être au travail).

Ces documents étant en principe transmis dans le délai prévu pour le paiement des indemnités de maternité, aucun problème ne devrait en principe se poser.

G. Incapacité de travail suivie d'un écartement du travail

G.1. SITUATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE POUR LAQUELLE L'EMPLOYEUR A DÉCIDÉ, SUR BASE DE L'AVIS DU CONSEILLER EN PRÉVENTION-MÉDECIN DU TRAVAIL, D'UNE MESURE D'ÉCARTEMENT DU TRAVAIL DÉBUTANT À PARTIR D'UNE DATE SE SITUANT DANS LE FUTUR. LA TRAVAILLEUSE DEVIENT INCAPABLE DE TRAVAILLER AVANT LA DATE PRÉVUE POUR LA PRISE DE COURS DE LA MESURE D'ÉCARTEMENT DU TRAVAIL

Dans cette situation, la mesure d'écartement du travail a déjà été décidée par l'employeur, après examen médical par le conseiller en prévention-médecin du travail (la date de prise de cours de la mesure de protection de la maternité se situe dans le futur et l'intéressée est devenue, entretemps, incapable de travailler).

Dans cette hypothèse, la mesure d'écartement du travail prendra cours à la date à laquelle le conseiller en prévention-médecin du travail a prévu qu'elle devait débiter, même si la travailleuse se trouve encore en incapacité de travail à ladite date.

D'un point de vue pratique, même si la rémunération à prendre en considération au début de l'écartement du travail est la rémunération qui a été prise en considération pour le calcul des indemnités d'incapacité de travail (*sauf* dans le cas des gardiennes d'enfants (cf. art. 45, § 4, al. 2, du Règlement des indemnités du 16.04.1997), la mutualité devra néanmoins procéder à l'envoi d'une nouvelle feuille de renseignements car certaines informations supplémentaires sont requises (par ex. : comme le contrat de travail est suspendu pour une autre raison, un nouveau délai commence à courir pour la rémunération des jours fériés légaux à charge de l'employeur).

Enfin, il est à noter que les périodes de protection de la maternité visées aux articles 114 et 114*bis* de la loi coordonnée, qui surviennent dans le courant d'une période d'incapacité de travail (incapacité primaire ou invalidité) suspendent le cours de ladite période (art. 87, al. 5, et 93, al. 3, de la loi coordonnée). Les périodes de protection de la maternité ne sont donc pas prises en compte pour déterminer la date à laquelle prend cours la période d'invalidité.

G.2. EXAMEN MÉDICAL PRATIQUÉ PAR LE CONSEILLER EN PRÉVENTION-MÉDECIN DU TRAVAIL DURANT UNE PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PRÉCÉDANT IMMÉDIATEMENT LA PÉRIODE D'ÉCARTEMENT DU TRAVAIL

Conformément à l'article 1.4-11, § 1^{er}, du Code du bien-être au travail, il ne peut être procédé à un examen médical par le médecin du travail pendant une période de suspension de l'exécution du contrat de travail. Cet examen ne peut être pratiqué que lorsque la suspension de l'exécution du contrat de travail pour incapacité a pris fin.

Il faut donc considérer que l'examen médical a eu lieu à l'expiration de l'incapacité de travail, soit le 1^{er} jour de la mesure d'écartement du travail et que cette journée a été rémunérée par l'employeur, le jour de l'examen médical étant considéré comme un jour de travail pour lequel la rémunération normale est due par l'employeur (l'art. 1.4-11, § 1^{er}, du Code du bien-être au travail 2017 et art. 42, § 2, de la loi du 16.03.1971 sur le travail). Les indemnités de maternité doivent donc être refusées pour cette journée.

La mesure d'écartement du travail ne peut en principe prendre cours qu'à la fin de l'incapacité de travail, puisqu'avant cette date, le contrat de travail est déjà suspendu pour un autre motif, à savoir l'incapacité de travail.

Dans cette situation, les indemnités de maternité peuvent être octroyées à partir de la date de prise de cours de la mesure de protection de la maternité mentionnée sur l'attestation complétée par l'employeur à l'exception de la 1^{ère} journée d'écartement du travail qui est censée avoir été rémunérée par l'employeur (jour au cours duquel devait avoir lieu l'examen médical).

En ce qui concerne le calcul de l'indemnité de maternité, la rémunération à prendre en considération au début de l'écartement du travail est la rémunération qui a été prise en considération pour le calcul des indemnités d'incapacité de travail, conformément à l'article 45, § 4, du règlement indemnités du 16 avril 1997 (sauf pour les gardiennes d'enfants pour lesquelles l'indemnité de maternité est calculée conformément aux dispositions de l'art. 45, § 3, du règlement des indemnités du 16.04.1997).

III. Entrée en vigueur

Les nouvelles dispositions concernant le calcul des indemnités entrent en vigueur le **1^{er} janvier 2018** et sont d'application aussi bien pour les situations d'écartement du travail débutant avant cette date ("cas en cours d'écartement du travail") que pour les nouveaux cas.



Circulaire O.A. n° 2018/49 – 406/14 et 9/3 du 20 février 2018.

VII. Prolongation du repos de maternité - Application de l'article 115 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

I. Introduction

Cette circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2014/343 – 406/13 et 9/2 du 1^{er} septembre 2014 suite à la modification des dispositions de calcul des indemnités en cas d'exercice d'une "activité adaptée" en cours d'incapacité de travail ou au cours d'un "écartement partiel" de la travailleuse, apportée par l'arrêté royal du 4 février 2018 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 (publié au M.B. du 09.02.2018). Ces nouvelles dispositions entraînent la modification de différents exemples qui sont repris dans la circulaire O.A. précitée n° 2014/343.

Pour une explication des nouvelles dispositions concernant le calcul des indemnités en cas d'exercice d'une "activité autorisée" en cours d'incapacité de travail ou en cas d'un "écartement partiel" de la travailleuse, nous vous renvoyons respectivement à la circulaire O.A. n° 2018/44 - 249/28 du 14 février 2018 ("activité autorisée") et la circulaire O.A. n° 2018/49 – 406/14 et 9/3¹ du 20 février 2018 ("écartement du travail").

L'article 5 de la loi du 25 avril 2014 (publiée au M.B. du 06.06.2014) a modifié l'article 115 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités afin de mettre cette disposition en conformité avec l'arrêt rendu sur question préjudicielle, par la Cour constitutionnelle le 10 novembre 2011 (arrêt n° 169/2011) en introduisant une seconde exception à la condition de cessation complète de toute activité requise pour la prise en considération des périodes de repos de maternité.

Il dispose que : "la condition visée à l'alinéa 1^{er} (de cessation de toute activité) ne s'applique pas :

1°....

2° pendant la période de prolongation du repos postnatal à concurrence des périodes pendant lesquelles la travailleuse a exercé un travail durant une période de protection de la maternité visée à l'article 114^{bis} ou a repris un travail adapté durant son incapacité de travail, dans les conditions visées à l'article 100, § 2, de la sixième semaine ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple, à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement."

Cette nouvelle disposition permet donc à la travailleuse qui a fait l'objet d'une mesure de protection de la maternité, dans l'une ou plusieurs de ses activités salariées, de prolonger son repos postnatal à concurrence de la période pendant laquelle elle a poursuivi une ou plusieurs de ses activités salariées durant la période prénatale facultative. Il en est de même pour la travailleuse reconnue incapable de travailler qui a repris l'exercice de l'une (ou de plusieurs) de ses activités salariées durant son incapacité de travail, de la sixième à la deuxième semaine y incluse précédant son accouchement.

1. Publié au B.I. n° 2012/2, p. 243.

D'autres modifications ont été rendues nécessaires :

1. Modifications à l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

L'arrêté royal du 9 juillet 2014 (M.B. du 23.07.2014) a inséré un article 218 dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en vue de régler l'octroi des indemnités de maternité pendant la période de repos postnatal prolongée chez un employeur lorsque la travailleuse a déjà repris, pendant cette période, le travail chez un autre employeur, le repos de maternité ayant déjà pris fin chez ce dernier.

Il dispose que : "La travailleuse qui, conformément à l'article 114, alinéa 2 de la loi coordonnée, prolonge le repos postnatal à concurrence de la période pendant laquelle elle a poursuivi une ou plusieurs de ses activités durant la période de protection de la maternité visée à l'article 219^{ter}, § 2, de la sixième semaine ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple, à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement, ne peut prétendre à une indemnité de maternité pendant la prolongation du repos postnatal susvisée durant laquelle elle a repris une ou plusieurs de ses autres activités, qu'en fonction de la ou des activités qui donne(nt) droit à la prolongation du repos postnatal.

L'alinéa 1^{er} est également d'application pour le calcul de l'indemnité de maternité pendant le repos postnatal prolongé à concurrence de la période pendant laquelle la travailleuse a repris une ou plusieurs de ses activités durant son incapacité de travail, dans les conditions fixées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée, de la sixième semaine ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple, à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement."

L'article 220 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 a été modifié par l'article 2 de l'arrêté royal du 9 juillet 2014 afin de reprendre dans l'énumération des périodes qui sont assimilées à des périodes de travail en vue de la prolongation du repos postnatal, les périodes de travail adapté accomplies dans le cadre d'une mesure de protection de la maternité ou dans le cadre d'une incapacité de travail.

2. Modification au Règlement des indemnités du 16 avril 1997

Le Règlement du 18 septembre 2013 a inséré un § 5 dans l'article 45 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997 afin de préciser la rémunération perdue à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité de maternité pendant la période de prolongation du repos postnatal à concurrence de la période pendant laquelle la travailleuse a poursuivi une ou plusieurs de ses activités salariées durant une période de protection de la maternité visée à l'article 219^{ter}, § 2, ou a repris l'exercice d'une ou plusieurs de ses activités durant son incapacité de travail, dans les conditions fixées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée, de la sixième ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple, à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement.

Il dispose que : "Lorsque la travailleuse visée à l'article 218 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 prolonge la période de repos postnatal à concurrence de la période pendant laquelle elle a poursuivi une ou plusieurs de ses activités durant une période de protection de la maternité visée à l'article 219^{ter}, § 2, de la sixième semaine ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple, à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement, la rémunération perdue à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité de maternité pendant la période de prolongation du repos postnatal est la rémunération journalière moyenne qui a été déterminée au début de la période de protection de la maternité visée à l'article 114 de la loi coordonnée et qui découle de la seule activité qui donne droit à la prolongation du repos postnatal.

L'alinéa 1^{er} est également d'application pour déterminer la rémunération perdue à prendre en considération pendant la période de prolongation du repos postnatal à concurrence de la période pendant laquelle la travailleuse a repris l'exercice de l'une ou de plusieurs de ses activités durant son incapacité de travail, dans les conditions fixées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée, de la sixième semaine ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple, à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement.”.



Remarque importante : Les modifications apportées à l'article 218 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ainsi qu'à l'article 45 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997 ne visent que les situations où la travailleuse exerce **plusieurs** activités salariées au début du risque.

Il n'est en effet pas nécessaire de prévoir une disposition réglementaire spécifique pour régler la situation où la travailleuse n'a qu'un seul employeur et reprend l'exercice d'un travail adapté au cours de son incapacité de travail ou dans le cadre d'une mesure de protection de la maternité étant donné qu'il convient, dans ce cas, de poursuivre pendant la période de repos postnatal prolongée, l'indemnisation sur base de la rémunération perdue fixée au début du repos de maternité (application de l'art. 45 du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

II. Modalités d'application

II.1. Prolongation du repos postnatal à concurrence des périodes de travail accomplies dans le cadre d'une mesure de protection de la maternité

II.1.1. TRAVAILLEUSE ENGAGÉE DANS LES LIENS DE DEUX CONTRATS DE TRAVAIL

Situation 1 : Travailleuse engagée dans les liens de deux contrats de travail (employeur A et B). Elle est totalement écartée dans le cadre de son contrat de travail auprès de l'employeur A et continue à travailler dans le cadre de son contrat de travail auprès de l'employeur B, jusqu'à une semaine avant la date présumée de l'accouchement.

1.1. Données factuelles :

Date présumée (et réelle) de l'accouchement : 15 septembre 2018
Écartement total chez l'employeur A à dater du : 15 janvier 2018
Poursuite du travail chez l'employeur B jusqu'au : 7 septembre 2018 inclus
Rémunération journalière moyenne chez l'employeur A : 1.100 EUR / 26 = 42,3077 EUR
Rémunération journalière moyenne chez l'employeur B : 900 EUR / 26 = 34,6154 EUR

1.2. Périodes de protection de la maternité :

1. Du 15 janvier 2018 au 7 septembre 2018 : écartement du travail dans le cadre du contrat de travail chez l'employeur A et poursuite du travail chez l'employeur B
2. Du 8 septembre 2018 au 7 octobre 2018 : repos pré et postnatal obligatoire (30 premiers jours) : cessation du travail chez A et B
3. Du 8 octobre 2018 au 16 novembre 2018 : repos de maternité chez A et B (à partir du 31^e jour)
4. Du 17 novembre 2018 au 21 décembre 2018 : prolongation du repos postnatal chez l'employeur B à concurrence des 5 semaines pendant lesquelles la travailleuse a poursuivi le travail chez cet employeur dans le cadre d'une mesure de protection de la maternité (de la 6^e à la 2^e semaine y incluse précédant l'accouchement).

1.3. Indemnisation de la période d'écartement du travail :

Du 15 janvier 2018 au 7 septembre 2018 : 60 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée chez A.

$60 \% (1.100 \text{ EUR}/26) = 60 \% 42,3077 \text{ EUR} = 25,3846 \text{ EUR}$

L'intéressé a donc droit à une indemnité journalière de 25,38 EUR.

1.4. Indemnisation de la période de repos de maternité (30 premiers jours) :

Du 8 septembre 2018 au 7 octobre 2018 : 82 % des rémunérations journalières moyennes non plafonnées de (A+B) : $82 \% [(1.100 \text{ EUR}/26) + (900 \text{ EUR}/26)] = 82 \% (42,3077 \text{ EUR} + 34,6154 \text{ EUR}) = 63,0769 \text{ EUR}$.

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 63,08 EUR.

1.5. Indemnisation de la période de repos de maternité (à partir du 31^e jour) :

Du 8 octobre 2018 au 16 novembre 2018 : 75 % des rémunérations journalières moyennes plafonnées de (A+B) :

$75 \% [(1.100 \text{ EUR}/26) + (900 \text{ EUR}/26)] = 75 \% (42,3077 \text{ EUR} + 34,6154 \text{ EUR}) = 57,6923 \text{ EUR}$

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 57,69 EUR.

1.6. Indemnisation de la période de repos de maternité prolongée chez B à concurrence des 5 semaines de travail prestées chez l'employeur B dans le cadre de l'écartement partiel (du 17.11.2018 au 21.12.2018) :

L'indemnité doit être calculée pendant cette période, sur base de la rémunération perdue chez B au premier jour de la mesure d'écartement du travail.

Plusieurs situations peuvent se présenter :

a) Auprès de l'employeur A, la travailleuse a repris le travail à l'expiration des 9 semaines de repos postnatal :

L'intéressée aura droit à une indemnité de maternité égale à 75 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée de B au premier jour de la mesure d'écartement : $75 \% (900 \text{ EUR}/26) = 75 \% 34,6154 \text{ EUR} = 25,9616 \text{ EUR}$

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 25,96 EUR.

b) Auprès de l'employeur A, la travailleuse tombe malade à l'expiration des 9 semaines de repos postnatal (le jour de sa reprise du travail) :

Si la travailleuse est reconnue incapable de reprendre son activité auprès de l'employeur A, le salaire garanti peut être cumulé avec l'indemnité de maternité (situation analogue à celle où l'intéressée travaille chez A et est en repos de maternité chez B).

Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période de salaire garanti, la travailleuse aura droit à :

- une indemnité de maternité (repos de maternité prolongé chez B) : 75 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée de B au premier jour de la mesure d'écartement : 75 % (900 EUR/26) = 25,9616 EUR = 25,96 EUR

et

- une indemnité d'incapacité de travail (employeur A): 60 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée de A au premier jour de la mesure d'écartement : 60 % (1.100 EUR/26) = 25,3846 EUR = 25,38 EUR.

 **Remarques :**

- le total de ces deux indemnités (de maternité et d'incapacité de travail) ne peut dépasser 75 % (le taux le plus élevé) du plafond salarial
- la solution exposée ci-dessus est également applicable dans la situation où la travailleuse est partiellement écartée de son travail auprès de l'employeur A (après l'accouchement) durant la période de prolongation de son repos de maternité auprès de l'employeur B et tombe malade dans le cadre de l'exercice de ce travail adapté auprès de l'employeur A.

c) **Auprès de l'employeur A, la travailleuse tombe malade quelques jours après avoir repris le travail (à l'expiration des 9 semaines de repos postnatal) :**

Si la travailleuse est reconnue incapable de poursuivre son activité auprès de l'employeur A, le salaire garanti peut être cumulé avec l'indemnité de maternité (situation analogue à celle où l'intéressée travaille chez A et est en repos de maternité chez B).

Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période de salaire garanti, elle aura droit à :

- une indemnité de maternité (employeur B) : 75 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée de B au premier jour de la mesure d'écartement : 75 % (900 EUR/26) = 25,9616 EUR = 25,96 EUR

et

- une indemnité d'incapacité de travail (employeur A): 60 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée de A au premier jour de l'incapacité de travail (1.200 EUR) : 60 % (1.200 EUR/26) = 27,6923 EUR = 27,69 EUR

 **Remarque :** Le total de ces deux indemnités (maternité et incapacité de travail) ne peut dépasser 75 % (le taux le plus élevé) du plafond salarial.

d) **Auprès de l'employeur A, la travailleuse est totalement écartée du travail à l'échéance de son repos de maternité (auprès dudit employeur)**

Elle peut prétendre à une indemnité de maternité (du fait de son écartement du travail chez A) égale à 60 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée chez A.

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 25,38 EUR (écartement total) et 25,96 EUR (repos de maternité).



Remarque : Le total des deux indemnités (maternité et écartement total) ne peut dépasser 75 % (le taux le plus élevé) du plafond salarial.

e) Auprès de l'employeur A, la travailleuse est partiellement écartée (exercice d'un travail adapté avec perte de salaire) à l'échéance de son repos de maternité (auprès dudit employeur)

Elle peut prétendre à une indemnité de maternité (du fait de son écartement partiel du travail chez A) égale à 60 % de la différence entre, d'une part, la rémunération journalière moyenne *non plafonnée* chez A et, d'autre part, le montant des revenus professionnels évalués en jours ouvrables, que la titulaire reçoit de son activité adaptée. Le montant maximum à concurrence duquel la différence est prise en considération est égale au plafond AMI applicable.



Exemple pour la période du 17 novembre 2018 jusqu'au 30 novembre 2018

- Fixation du salaire journalier moyen chez A :
1.100 EUR / 26 = 42,3077 EUR (le plafond AMI n'est pas d'application)
- Fixation du revenu mensuel journalier chez A (après adaptation des conditions de travail) :
300 EUR / 12^(*) = 25,0000 EUR

(*) Si l'intéressée reprend l'activité adaptée avec perte de salaire dans le courant d'un mois, le diviseur 26 est réduit du nombre de jours indemnifiables du mois durant lesquels l'intéressée n'a pas exercé cette activité.

- Calcul des indemnités de maternité pour cause d'écartement partiel :
60 % [42,3077 EUR – 25,0000 EUR < plafond AMI] = 60 % de 17,3077 EUR = 10,3846 EUR

L'intéressée a donc droit à une indemnité journalière égale à 10,38 EUR (écartement partiel) et 25,96 EUR (repos de maternité).



Remarque : Le total des deux indemnités (maternité et écartement partiel) ne peut dépasser 75 % (le taux le plus élevé) du plafond salarial.

II.1.2. TRAVAILLEUSE ENGAGÉE DANS LES LIENS D'UN SEUL CONTRAT DE TRAVAIL

Situation 2 : Travailleuse engagée dans les liens d'un seul contrat de travail (A) et exerçant également une activité indépendante. Elle est totalement écartée dans le cadre de son contrat de travail salarié et continue à travailler dans le cadre de son activité indépendante jusqu'à une semaine avant la date présumée de l'accouchement (art. 219^{ter}, § 5 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14.07.1994).

2.1. Données factuelles :

Date présumée (et réelle) de l'accouchement : 15 septembre 2018

Écartement total chez A à dater du : 15 janvier 2018

Poursuite de l'exercice de l'activité indépendante jusqu'au : 7 septembre 2018 inclus

Rémunération journalière moyenne : 1.100 EUR/26 = 42,3077 EUR.

2.2. Périodes de protection de la maternité :

1. Du 15 janvier 2018 au 7 septembre 2018 : écartement total dans le cadre de l'activité salariée et poursuite de l'activité indépendante

2. Du 8 septembre 2018 au 7 octobre 2018 : repos de maternité (30^{es} jours) : cessation de toutes activités (salariée et indépendante)
3. Du 8 octobre 2018 au 16 novembre 2018 : repos de maternité (à partir du 31^e jour)

2.3. Indemnisation de la période d'écartement du travail (jusqu'à la sixième semaine qui précède la date présumée de l'accouchement) :

Du 15 janvier 2018 au 3 août 2018 : 78,237 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée chez A. Le montant de cette indemnité est réduit de 10 % (en raison de la poursuite de l'activité indépendante) :

$$78,237 \% (1.100 \text{ EUR}/26) = 78,237 \% (42,3077 \text{ EUR}) = 33,1003 \text{ EUR}$$

$$33,1003 \text{ EUR} - (10 \% 33,1003 \text{ EUR}) = 33,1003 \text{ EUR} - 3,31 \text{ EUR} = 29,7903 \text{ EUR}.$$

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 29,79 EUR.

2.4. Indemnisation de la période d'écartement du travail (à partir de la sixième semaine qui précède la date présumée de l'accouchement jusqu'à une semaine avant la date présumée de l'accouchement) :

Du 4 août 2018 au 7 septembre 2018 : 60 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée chez A. Le montant de cette indemnité est réduit de 10 % :

$$60 \% (1.100 \text{ EUR}/26) = 60 \% (42,3077 \text{ EUR}) = 25,3846 \text{ EUR}$$

$$25,3846 \text{ EUR} - (10 \% 25,3846) = 25,3846 \text{ EUR} - 2,5385 \text{ EUR} = 22,8461 \text{ EUR}$$

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 22,85 EUR.

2.5. Indemnisation de la période de repos de maternité

Pour que la période de repos de maternité puisse être prise en considération, la travailleuse doit également avoir cessé son activité indépendante.

Pendant les 30 premiers jours :

Du 8 septembre 2018 au 7 octobre 2018 : 82 % de la rémunération journalière moyenne non plafonnée chez A : 82 % (1.100 EUR/26) = 82 % (42,3077 EUR) = 34,6923 EUR

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 34,69 EUR.

À partir du 31^e jour :

Du 8 octobre 2018 au 16 novembre 2018 : 75 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée chez A : 75 % (1.100 EUR/26) = 75 % (42,3077 EUR) = 31,7308 EUR

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 31,73 EUR.



Remarque : les périodes de travail indépendant accomplies durant la période prénatale facultative ne donnent pas lieu à la prolongation du repos de maternité.

Situation 3 : Travailleuse engagée dans les liens d'un seul contrat de travail (A) et exerçant également une activité indépendante. Elle est partiellement écartée dans le cadre de son contrat de travail salarié (exercice d'un travail adapté avec perte de salaire (a) jusqu'à une semaine avant la date présumée de l'accouchement) et continue également à travailler dans le cadre de son activité indépendante jusqu'à une semaine avant la date présumée de l'accouchement (art. 219^{ter}, § 5 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14.07.1994).

3.1. Données factuelles :

Date présumée (et réelle) de l'accouchement : 15 septembre 2018

Écartement partiel (exercice d'un travail adapté) à dater du 15 janvier 2018

Exercice du travail adapté et poursuite de l'activité indépendante jusqu'au 7 septembre 2018

Rémunération journalière moyenne (avant écartement) (A): 2.000 EUR/26 = 76,9231 EUR

Rémunération journalière moyenne dans le cadre du travail adapté (a) pour un mois complet : 750 EUR/26 = 28,8462 EUR.

3.2. Périodes de protection de la maternité :

- du 15 janvier 2018 au 7 septembre 2018 : écartement partiel et exercice d'un travail adapté + poursuite de l'activité indépendante
- du 8 septembre 2018 au 7 octobre 2018 : repos de maternité (30^{es} jours) – cessation de toutes activités (salariée et indépendante)
- du 8 octobre 2018 au 16 novembre 2018 : repos de maternité (à partir du 31^e jour)
- du 17 novembre 2018 au 21 décembre 2018 : prolongation du repos de maternité à concurrence des 5 semaines de travail adapté presté de la 6^e à la 2^e semaine y incluse précédant la date de l'accouchement.

3.3. Indemnisation de la période d'écartement du travail (jusqu'à une semaine avant la date présumée de l'accouchement) :

Du 15 janvier 2018 au 7 septembre 2018 : 60 % de la différence entre, d'une part, la rémunération journalière moyenne non plafonnée chez A et, d'autre part, le montant évalué en jours ouvrables de la rémunération que la titulaire reçoit de l'activité adaptée. Le montant maximum à concurrence duquel cette différence est prise en considération est égale au plafond AMI applicable. Le montant de cette indemnité est ensuite réduit de 10 % (poursuite de l'activité indépendante) :



Exemple pour la période du 15 janvier 2018 jusqu'au 31 janvier 2018

- Fixation du salaire journalier chez A
2.000 EUR / 26 = 76,9231 EUR (le plafond AMI n'est pas d'application)
- Fixation du revenu professionnel journalier chez A (après adaptation des conditions de travail) :
400 EUR/14^(*) = 28,5714 EUR

(*) Si l'intéressée reprend l'activité adaptée avec perte de salaire dans le courant d'un mois, le diviseur 26 est réduit du nombre de jours indemnisables du mois durant lesquels l'intéressée n'a pas exercé cette activité.

- Calcul des indemnités de repos de maternité pour cause d'écartement partiel :
60 % [76,9231 EUR – 28,5714 EUR < plafond AMI] = 60 % de 48,3517 EUR = 29,0110 EUR

29,0110 EUR – [(10 % (29,0110 EUR))] = 29,0110 EUR – 2,9011 EUR = 26,1099 EUR

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 26,11 EUR.

3.4. Indemnisation du repos de maternité (30^{es} jours) :

Du 8 septembre 2018 au 7 octobre 2018 : 82 % de la rémunération journalière moyenne non plafonnée chez A : $82 \% (2.000 \text{ EUR} / 26) = 63,0769 \text{ EUR}$

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 63,08 EUR.

3.5. Indemnisation du repos de maternité (à partir du 31^e jour) :

Du 8 octobre 2018 au 16 novembre 2018 : 75 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée chez A :

$75 \% (2.000 \text{ EUR} / 26) = 57,6923 \text{ EUR}$

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 57,69 EUR.

3.6. Indemnisation de la période de repos de maternité prolongée à concurrence des 5 semaines de travail prestées dans le cadre du travail adapté (a) : sur base de la rémunération perdue chez A au premier jour de la mesure d'écartement

Du 17 novembre 2018 au 21 décembre 2018 : 75 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée chez A au premier jour de la mesure d'écartement : $75 \% (2.000 \text{ EUR}/26) = 57,6923 \text{ EUR}$

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 57,69 EUR.



Remarques :

- les périodes de travail indépendant accomplies durant la période prénatale facultative ne donnent pas lieu à la prolongation du repos de maternité
- la travailleuse peut reprendre l'exercice de son activité indépendante au cours de la période de prolongation du repos postnatal chez l'employeur A à concurrence des périodes de travail accomplies chez cet employeur durant la période d'écartement du travail dont elle a fait l'objet chez cet employeur en période prénatale.

II.2. Prolongation du repos de maternité à concurrence des périodes de travail accomplies dans le cadre d'une activité autorisée par le médecin-conseil (art. 100, § 2 de la loi coordonnée du 14.07.1994)

La prolongation du repos de maternité est désormais également possible lorsque la travailleuse reconnue incapable de travailler a repris l'exercice d'un travail adapté, avec l'autorisation du médecin-conseil, de la sixième à la deuxième semaine y incluse précédant la date présumée de l'accouchement.

Situation 4 : Travailleuse (engagée dans les liens d'un seul contrat de travail temps plein (A)) reconnue incapable de travailler qui reprend l'exercice de ce travail de manière adaptée (*Abis*), avec l'autorisation du médecin-conseil (exercice du travail adapté jusqu'à la semaine précédant la date présumée de l'accouchement).

4.1. Données factuelles :

Travailleuse en incapacité de travail depuis le : 1^{er} janvier 2018

Reprise d'un travail adapté (art. 100, § 2) à partir du : 10 avril 2018 jusqu'au 7 septembre 2018 inclus

Date présumée (et réelle) de l'accouchement : 15 septembre 2018

Rémunération journalière moyenne au début de l'incapacité de travail : 2.000 EUR / 26 = 76,9231 EUR

Dans le cadre du travail adapté, le nombre moyen d'heures de travail est réduit à 19 heures par semaine (fraction d'occupation Q/S du travail adapté = 19/38).

4.2. Périodes de protection de la maternité :

- Du 8 septembre 2018 au 7 octobre 2018 : repos de maternité (30^{es} jours)
- Du 8 octobre 2018 au 16 novembre 2018 : repos de maternité (à partir du 31^e jour)
- Du 17 novembre 2018 au 21 décembre 2018 : prolongation du repos de maternité à concurrence des 5 semaines de travail adapté presté de la 6^e à la 2^e semaine y incluse précédant la date de l'accouchement.

4.3. Indemnisation de la période d'incapacité de travail

Du 1^{er} janvier 2018 au 9 avril 2018 : 60 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée chez A :

$60\% (2.000 \text{ EUR} / 26) = 46,1539 \text{ EUR}$

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 46,15 EUR.

4.4. Indemnisation de la période durant laquelle la travailleuse exerce le travail adapté

Du 10 avril 2018 au 7 septembre 2018 : les indemnités d'incapacité de travail sont réduites à concurrence d'une partie de la fraction d'occupation de l'activité autorisée qui dépasse 20 %. Il y a donc une diminution de 30 % (50 % - 20 %).

$46,1539 \text{ EUR} - (30\% \times 46,1539 \text{ EUR}) = 46,1539 \text{ EUR} - 13,8462 \text{ EUR} = 32,3077 \text{ EUR}$

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 32,31 EUR.

4.5. Indemnisation du repos de maternité (30^{es} jours)

Du 8 septembre 2018 au 7 octobre 2018 : 82 % de la rémunération journalière moyenne non plafonnée chez A :

$82\% (2.000 \text{ EUR} / 26) = 63,0769 \text{ EUR}$

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 63,08 EUR.

4.6. Indemnisation du repos de maternité (à partir du 31^e jour)

Du 8 octobre 2018 au 16 novembre 2018 : 75 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée chez A :

75 % (2.000 EUR / 26) = 57,6923 EUR

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 57,69 EUR.

4.7. Indemnisation de la période de repos de maternité prolongée à concurrence des 5 semaines de travail prestées dans le cadre du travail adapté (Abis)

Du 17 novembre 2018 au 21 décembre 2018 : 75 % de la rémunération journalière moyenne plafonnée chez A (au début de l'incapacité de travail) :

75 % (2.000 EUR / 26) = 57,6923 EUR

L'intéressée aura donc droit à une indemnité journalière de 57,69 EUR.

III. Entrée en vigueur

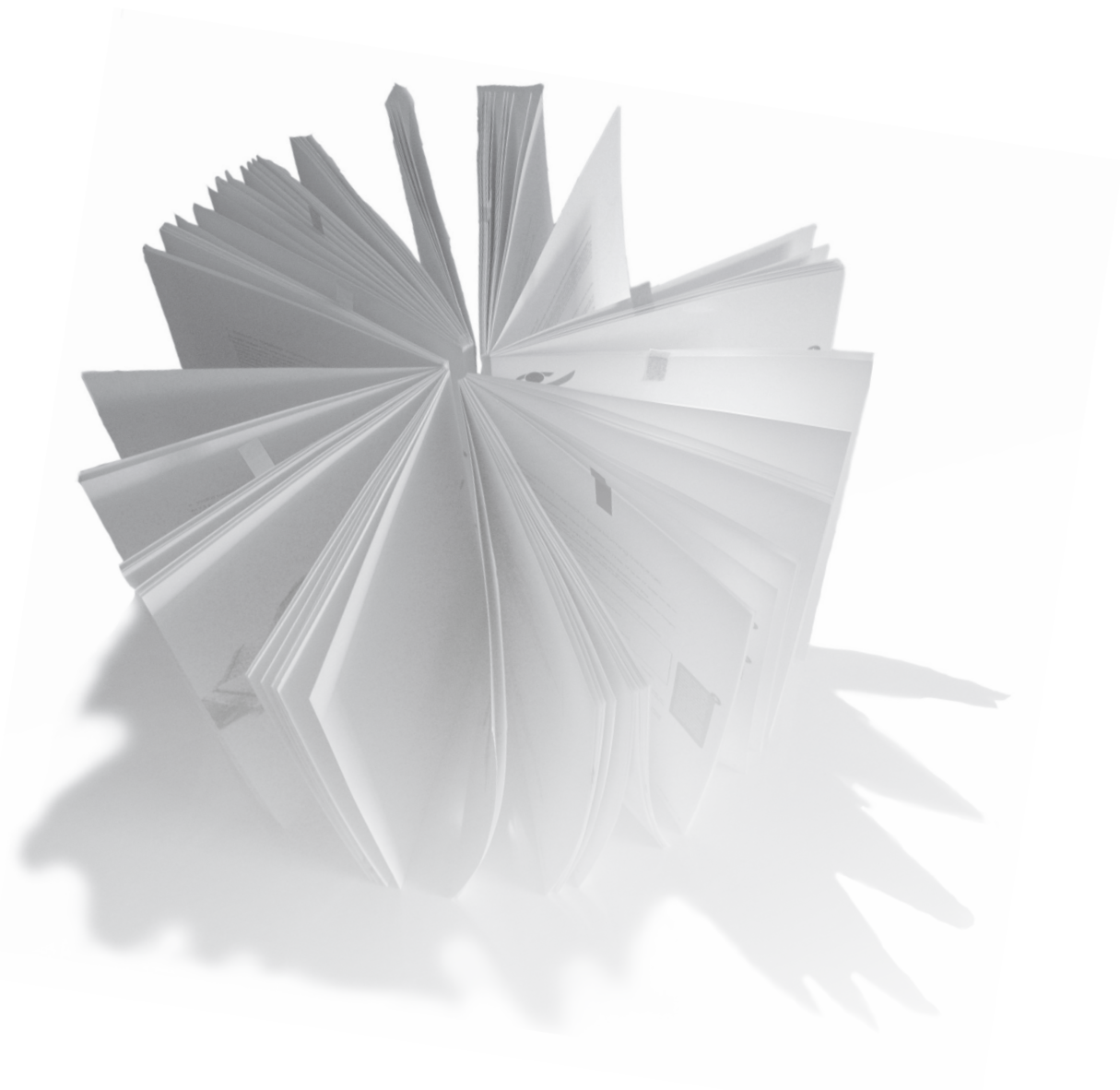
Les nouvelles dispositions concernant le calcul des indemnités entrent en vigueur le **1^{er} janvier 2018** et sont d'application aussi bien aux situations qui ont débuté avant cette date (cas en cours d'écartement partiel) qu'aux nouveaux cas.



Circulaire O.A. n° 2018/57 – 406/15 et 9/4 du 23 février 2018.

5^e Partie

Données de base



I. Intervention personnelle du patient en cas d'hospitalisation : montants à partir du 1^{er} janvier 2018

Vous trouverez ci-dessous les montants qui peuvent être portés en compte aux patients à partir du **1^{er} janvier 2018** et ce en application de l'arrêté royal du 5 mars 1997 et en application de l'article 37bis, § 3 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

1. Le jour d'admission

Le jour de l'admission dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a. pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance : de **5,66 EUR** ;
- b. pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a) : de **32,93 EUR** ;
- c. pour les titulaires qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en chômage contrôlé et qui ont depuis douze mois la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c'est-à-dire à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charge : de **32,93 EUR** ;
- d. pour les autres bénéficiaires : de **43,20 EUR**.

2. À partir du deuxième jour

À partir du deuxième jour de séjour dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a. pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge): de **5,66 EUR** ;
- b. pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé: de **5,66 EUR** ;
- c. pour les autres bénéficiaires : de **15,93 EUR**.

3. À partir du 91^e jour de séjour (à l'exclusion des centres de rééducation fonctionnelle ou professionnelle)

À partir du 91^e jour de séjour, l'intervention de l'assurance est réduite pour les séjours dans un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique :

- a. pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de **5,66 EUR** ;
- b. pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de **5,66 EUR** ;
- c. pour les titulaires qui ont des personnes à charge au regard de l'assurance soins de santé ou qui sont tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de **5,66 EUR** ;
- d. pour les autres bénéficiaires : de **15,93 EUR**.

4. Lorsque l'admission dans un hôpital psychiatrique excède une durée de cinq ans

Dès que l'admission dans un hôpital psychiatrique dépasse une durée de cinq ans, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a. pour les titulaires ayant des personnes à charge, les titulaires de l'intervention majorée (et chômeurs y assimilés) avec des personnes à charge, les personnes qui sont tenues de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de **5,66 EUR** ;
- b. pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs y assimilés qui n'ont pas de personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé ou qui ne sont pas tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié : de **15,93 EUR** ;
- c. pour les autres bénéficiaires : de **26,55 EUR**.



Circulaire O.A. n° 2018/7 – 362/47 du 10 janvier 2018.

II. Maximum à facturer – Exercice 2018

1. Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2018

a) calcul de l'indice corrigé

Moyenne des indices des prix 2017 :		105,08	
-----	=	-----	= 1,0213
Moyenne des indices des prix 2016 :		102,89	

b) plafonds de revenus pour l'exercice 2018

De	0,00	à	18.620,31
De	18.620,32	à	28.625,25
De	28.625,26	à	38.630,22
De	38.630,23	à	48.218,29
Dès	48.218,30		

2. Fixation des plafonds tickets modérateurs pour l'exercice 2018

Général

Exercice 2016	450,00	650,00	1.000,00	1.400,00	1.800,00
Exercice 2017	459,00	663,00	1.020,00	1.428,00	1.836,00
Exercice 2018	468,18	676,26	1.040,40	1.456,56	1.872,72

Réduction application maximum à facturer pour malades chroniques

Exercice 2016	100
Exercice 2017	102
Exercice 2018	104,04

3. Conditions d'octroi maximum à facturer malades chroniques - Exercice 2018

Le total des interventions personnelles relativement aux prestations effectuées au cours de la deuxième année civile et de l'année civile précédant l'année en cours :

Exercice 2017	459
Exercice 2016	450



Circulaire O.A. n° 2018/10 – 3998/41 du 16 janvier 2018.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
Mme Sarah Koval
Mme Caroline Marthus
Mme Charlotte Lefebre
M. Nuray Ozdemir
M. Frank Naesen
Mme Jolanda Gashi

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726