Sommaire

1re Partie - Études[1] 143

Chronique de jurisprudence de la Cour constitutionnelle (1993 - 2011), par P.-A. Briffeuil 144

2e Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités 171

Premier trimestre 2012 172

3e Partie - Jurisprudence 187

I. Cour de Cassation, 4 juin 2012
Prestations de santé - Spécialités pharmaceutiques - Appréciation de la valeur thérapeutique
Arrêté royal du 21 décembre 2001, article 1er, 21°, et l'article 2, annexe I, chapitre IV, paragraphe 228, 3) 188

II. Conseil d'État, section du contentieux administratif, 30 mai 2012
Loi du 14 juillet 1994, articles 34 et 35
Nomenclature - Ostéodensitométrie - Catégorie médecins spécialistes 191

III. Cour du travail de Mons, 26 avril 2012
Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 - État antérieur 194

IV. Cour du travail de Bruxelles, 26 avril 2012
Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 - Retour à l'état antérieur 196

V. Cour du travail de Bruxelles, 28 juin 2012
Code judiciaire, article 991 - Taxation de l'état d'honoraires et frais de l'expert - Contestation - Rapport de carence 200

4e Partie - Questions et réponses parlementaires 205

I. Accord national médico-mutualiste
Médecins adhérents en tout en en partie - Non-respect des dispositions de l'accord concernant le devoir d'information sur la modalité du conventionnement et les tarifs - Sanctions 206

II. Médicaments
Méthylphénidate - Traitement du TDAH - Avis CSS 8570 208

1. Les articles signés n'engagent que leur(s) auteur(s).

III. Accord national médico-mutualiste du 21 décembre 2011
Honoraires d'accréditation - En fonction du conventionnement 210

IV. Dossier médical global

Module de prévention - Gratuit pour les personnes entre 45 et 75 ans 212

V. Organisme assureurs
Montants indûment payés - Récupération - Accord de remboursement 213

VI. Fraude sociale
Contrôle 219

VII. Soins dentaires
Accessibilité - Mesures pour l'améliorer 222

VIII. Rapport Qualidem
Recommandations - Réalisation des mesures - État des lieux 224

5e Partie - Directives de l'INAMI 231

I. Application de l'article 225 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
Notions de revenus et composition du ménage
Preuve des revenus et de la composition du ménage
Mesures de contrôle 232

II. Écartement du travail des travailleuses enceintes - Suppression de la compétence du Fonds des Maladies Professionnelles en cette matière 243

III. Intervention dans les frais de déplacement dans le cadre d'un traitement programmé dans un autre État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse
Le "remboursement complémentaire Herrera" 253

IV. Remboursement des prestations de santé dispensées pendant un séjour temporaire dans un pays où les dispositions des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 ou un accord bilatéral en matière de sécurité sociale s'appliquent 258

6e Partie - Données de base 265

Revalorisation des indemnités 266

7e Partie - Statistiques 269

Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1er trimestre 2012 270

8e Partie - Bibliographie 291

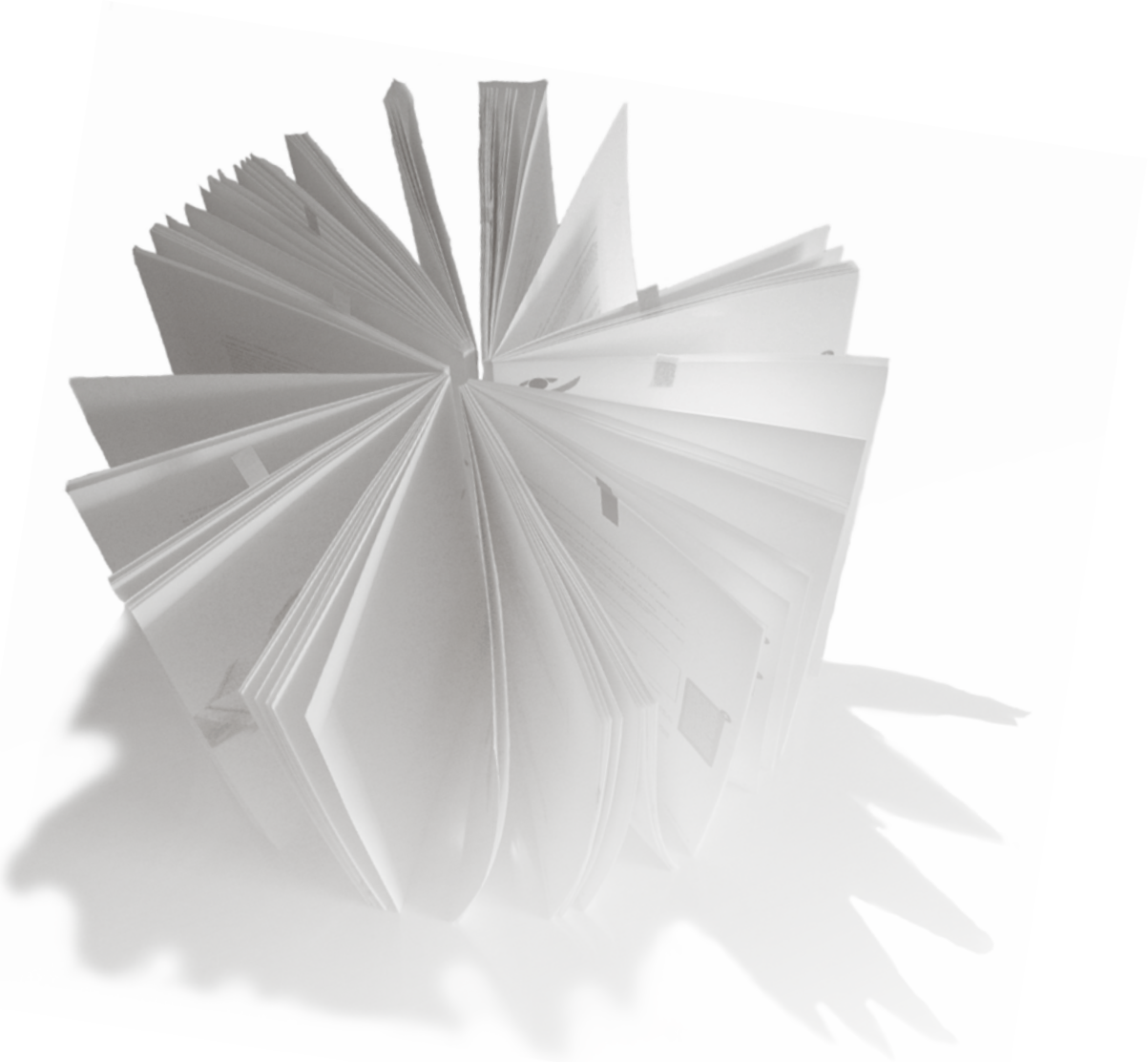
I. European Yearbook of Disability Law 292

II. Cross - Border Welfare State 292

9e Partie - Prix des publications 295

Publications de l'INAMI et tarifs pour 2013 296

1re Partie
Études



I. Chronique de jurisprudence de la Cour constitutionnelle (1993-2011)

Cette chronique a pour but de présenter la jurisprudence de la Cour constitutionnelle[1] ayant un rapport direct avec le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

Elle reprend les arrêts prononcés de 1993 à 2009. Certains arrêts ont été publiés au Bulletin d'information de l'INAMI.

En 2010 et 2011, la Cour constitutionnelle n'a pas prononcé d'arrêts concernant spécifiquement le SECM.

Paul-André BRIFFEUIL, Conseiller
Service d'évaluation et de contrôle médicaux
Direction juridique

1. Arrêt n° 28/93 du 1er avril 1993[2]

Articles 35 et 90*bis* de la loi AMI du 9 août 1963 – Prestations inutilement onéreuses ou superflues – Prestataire de soins de référence – Absence de définition légale – Notion

Droits de la défense – Procès équitable – Commission de contrôle – Commission d'appel – Juridictions administratives – Garanties procédurales suffisantes

RECOURS EN ANNULATION DES ARTICLES 33 ET 37 DE LA LOI DU 20 JUILLET 1991 PORTANT DES DISPOSITIONS SOCIALES ET DIVERSES

1.1. Le recours en annulation reproche aux dispositions légales contestées de porter atteinte au respect des droits de la défense et au droit à un traitement équitable des dispensateurs de soins au motif que la procédure pour déterminer le "*prestataire de référence*", et les critères selon lesquels celui-ci doit être choisi, ne seraient pas déterminés.

1.2. Pour la Cour d'arbitrage, le législateur ne pouvait que songer à un prestataire normalement prudent et diligent, placé dans des circonstances équivalentes à celles où se trouvait le prestataire concerné.

De plus, le législateur avait prévu de nombreuses garanties en matière de procédure assurant ainsi à suffisance les droits de la défense du médecin qui se verrait reprocher un manquement aux devoirs prévus par l'article 35 de la loi AMI.

En l'absence d'une violation des droits de la défense et du droit à un traitement équitable, la Cour ne voit pas comment les médecins subiraient une discrimination dans la jouissance de ces droits.

1. Avant le 07.05.2007 : Cour d'arbitrage.
2. B.I. – INAMI, 1993/3, p. 230.

2.1. Le recours souligne, par ailleurs, que les dispensateurs de soins seraient privés du droit reconnu à tous, sans distinction, de faire trancher par les cours et tribunaux, conformément à l'article 92 de la Constitution, une contestation ayant pour objet un droit civil (le litige visant les honoraires du dispensateur de soins).

Les décisions prises par des juridictions administratives (la Commission de contrôle et la Commission d'appel) étant exécutoires de plein droit, le dispensateur de soins ne pourrait exercer contre ces décisions aucune voie de recours auprès des cours et tribunaux.

2.2. La Cour d'arbitrage relève que c'est la loi programme du 22 décembre 1989 (art. 26 et 30) qui a confié le règlement de ce type de litiges à une juridiction administrative ainsi que la détermination des sanctions applicables, à savoir la Commission de contrôle instituée auprès du Service du contrôle médical.

Le choix du législateur opéré en 1989 de confier le règlement de tels litiges à une juridiction administrative ne peut plus être remis en cause dans le cadre du présent recours en annulation.

Par contre, la Cour peut vérifier si le principe d'égalité et l'interdiction de discrimination ont été violés en ce que les prestataires de soins seraient privés d'une garantie procédurale.

Cependant, les règles de l'égalité et de la non-discrimination n'excluent pas qu'une différence de traitement soit établie selon certaines catégories de personnes, pour autant que le critère de différenciation soit susceptible de justification objective et raisonnable. L'existence d'une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la norme critiquée ainsi que de la nature des principes en cause.

Le principe d'égalité est violé s'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé.

Auparavant, un titre exécutoire devait être obtenu auprès du tribunal du travail, ce qui retardait la procédure de récupération des sommes dues.

La disposition contestée permet d'éviter l'engagement de procédures complémentaires devant les cours et tribunaux ordinaires pour obtenir un titre exécutoire et de ne pas retarder la procédure de récupération.

Les droits de la défense et le droit à un traitement équitable de la cause sont garantis à suffisance lors de la procédure devant les juridictions administratives.

Un recours en cassation administrative est ouvert devant le Conseil d'État contre les décisions prises par la Commission d'appel.

Dans la procédure d'octroi d'un titre exécutoire, les cours et tribunaux n'étaient pas compétents pour statuer sur l'existence des manquements aux obligations visées à l'article 35 de la loi AMI et une opposition peut être formée contre la contrainte décernée par le receveur des domaines.

La Cour n'aperçoit pas en quoi le caractère exécutoire de plein droit des décisions définitives de la Commission de contrôle et de la Commission d'appel, ne serait pas raisonnablement proportionné à l'objectif poursuivi, à savoir la récupération rapide des montants dus par le prestataire de soins.

(non violation – rejet du recours)

2. Arrêt n° 11/2000 du 2 février 2000[3]

Article 27, alinéa 4 de la loi ASSI coordonnée – Avis du Conseil technique médical en cas de litige devant la Commission d'appel – Caractère contradictoire de la procédure – Égalité des armes

QUESTION PRÉJUDICIELLE POSÉE PAR DÉCISION DU 10 DÉCEMBRE 1998 DE LA COMMISSION D'APPEL

1.1. Le Service du contrôle médical exerce une double mission. D'une part, il contrôle la réalité et la conformité des prestations de soins par rapport à la nomenclature et, le cas échéant, sanctionne les infractions. D'autre part, il rend aussi un avis dans le cadre de l'intervention du Conseil technique médical lorsque celui-ci est appelé à rendre un avis technique lors d'une proposition de modification de la nomenclature, mais aussi dans le cadre d'un litige portant sur l'interprétation de la nomenclature devant la Chambre restreinte ou devant la Commission d'appel.

Le Service du contrôle médical, qui agit au nom de l'INAMI dans le litige porté devant la Commission d'appel, exprimerait ainsi deux fois son point de vue. Par contre, le dispensateur de soins ne peut être entendu et développer ses moyens qu'une fois à l'audience. Il en résulterait une différence de traitement.

1.2. La Cour d'arbitrage constate que la Commission d'appel n'est pas obligée de recueillir un avis non contraignant du Conseil technique médical.

Il paraît souhaitable que l'avis concernant l'interprétation correcte des dispositions relatives à la nomenclature des prestations médicales soit recueilli auprès de l'instance qui a également émis un avis lors de l'élaboration de ces dispositions.

Dès lors que cette instance consultative, à l'exception éventuellement du président, est exclusivement composée de médecins, il n'est pas déraisonnable, eu égard aux spécificités et à la complexité technique de la matière, de stipuler que les avis de cet organe doivent être accompagnés d'un avis du Service du contrôle médical, lequel est notamment chargé de fournir des explications au sujet de l'incidence des avis sur le budget (Doc. parl., Ch., 1992-1993, n° 1040/3, pp. 2-3).

En outre, après l'avis du Conseil technique médical, accompagné le cas échéant d'un avis ou d'un rapport du Service du contrôle médical, les prestataires de soins peuvent déposer, à leur tour, des conclusions ou formuler un avis en réponse auprès de la Commission d'appel, siégeant en tant que juridiction administrative.

La Cour en conclut que le traitement "inégal" des parties lors de l'examen du litige devant la Commission d'appel ne porte pas une atteinte disproportionnée au caractère contradictoire de la procédure et au principe de l'égalité des armes.

(non violation)

3. M.B. 25.03.2000, p. 9 497 et B.I. – INAMI, 2000/2, p. 149.

3. Arrêt n° 102/2000 du 11 octobre 2000[4]

Article 97 de la loi du 9 août 1963 (art. 164 loi ASSI coordonnée) – Sanction non modulable – Absence de personnalisation des peines

Remboursement par le prestataire de soins de paiements indus – Action directe combinant une répétition d'indu et un régime spécial de responsabilité civile – Système non répressif – Nécessité de protéger les deniers publics

QUESTIONS PRÉJUDICIELLES POSÉES PAR JUGEMENT DU 28 JUIN 1999 DU TRIBUNAL DU TRAVAIL DE VERVIERS

1.1. La première question préjudicielle fait grief à l'article 97 de la loi du 9 août 1963 (art. 164 de la loi ASSI coordonnée) de priver le dispensateur de soins d'une sanction modulable par l'administration ou par le juge (principe de "*la personnalisation des peines*").

1.2. La Cour répond qu'en principe, la récupération, par l'organisme assureur, des sommes qui ont été octroyées indûment, à la suite d'une erreur ou d'une fraude, se fait à charge de la personne, appelée "bénéficiaire", qui a perçu le remboursement des soins qui lui ont été prodigués et qu'elle a payés (art. 97, al. 1er, première phrase) ou, dans le régime dit du tiers payant, à charge du donneur de soins ou de la personne physique ou morale qui a perçu pour son propre compte les sommes précitées (du moins lorsque la personne qui a reçu les soins a la qualité de bénéficiaire, conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables) (art. 97, al. 2).

L'avis du Conseil d'État précédant la loi du 9 août 1963 (Doc. parl., Ch., 1962-1963, n° 527/1, p. 56) indique que cette règle s'inspire, en ce qui concerne les relations de l'organisme assureur avec celui qui en a reçu une somme indûment payée, du principe général figurant à l'article 1376 du Code civil : "*Celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce qui ne lui est pas dû, s'oblige à le restituer à celui de qui il l'a indûment reçu*".

Il en résulte une action purement civile : le remboursement de prestations indues n'est pas une sanction administrative, ni une sanction pénale.

1.3. En revanche, le mécanisme visé à l'article 97, alinéa 1er, deuxième phrase, ne participe pas de la répétition de l'indu.

Il prévoit que la valeur des "prestations" octroyées indûment à un bénéficiaire doit être remboursée par le dispensateur de soins lorsque le caractère indu des "prestations" résulte de ce qu'il ne possédait pas les qualités requises pour les dispenser ou ne s'était pas conformé, par suite d'erreur ou de fraude, aux dispositions légales et réglementaires.

En effet, la récupération de sommes versées au bénéficiaire se fait alors à charge du dispensateur de soins.

4. M.B., 29.12.2000, Éd. 2, p. 43 355 et B.I. – INAMI, 2001/1, p. 39 + note de Mme Marie de GHELLINCK, "*La récupération des prestations indues à charge du prestataire de soins*".

Le législateur a ainsi admis le point de vue des organismes assureurs estimant qu' "*il faudrait pouvoir, comme en système [de] tiers payant, exiger le remboursement par le prestataire fautif ou négligent et que les sommes qui s'avèrent irrécouvrables ne viennent pas alourdir leurs frais d'administration*" (Doc. parl., Ch., 1975-1976, n° 877/1, p. 3).

La disposition en cause précise la responsabilité de celui dont le comportement (fraude ou erreur) a conduit à ce que ce paiement soit indu.

Une telle disposition ne s'écarte pas fondamentalement du droit commun.

Si le dispensateur de soins n'a pas les qualités requises ou n'a pas respecté la réglementation, l'organisme assureur dispose d'une action directe combinant une répétition d'indu et un régime spécial de responsabilité civile.

La rigueur du système, lorsque le manquement ne constitue pas une faute grave, ne suffit pas pour qu'il doive être qualifié de répressif.

Le droit commun entraîne lui aussi des conséquences sévères pour celui qui a reçu un paiement dont il ignorait le caractère indu ou qui a eu le malheur de causer par sa faute légère un dommage important.

Quant aux conditions que le dispensateur de soins doit remplir pour que des frais soient couverts par l'assurance, elles procèdent non pas d'un souci répressif, mais (à condition qu'elles soient pertinentes, ce qui n'est pas en cause en l'espèce) de la nécessité de protéger l'assurance maladie-invalidité, c'est-à-dire les deniers publics, contre ceux qui pourraient l'obérer par leur négligence ou par des abus, au moyen d'un système de contrôle qui ne peut être efficace sans une certaine rigidité. La disposition en cause permet de garantir, comme l'indique le Conseil des ministres, la récupération des prestations indûment octroyées.

2.1. Selon la deuxième question préjudicielle, l'article 97 précité créerait une différence de traitement entre "*les établissements de soins qui auraient bénéficié d'une intervention directe de l'assurance*" et les autres justiciables, seuls les premiers se voyant infliger "*une privation de biens*" alors même qu'ils seraient étrangers aux comportements ayant conduit aux paiements indus.

2.2. La Cour d'arbitrage constate que les termes utilisés par la question ne permettent pas de déterminer si le juge se situe dans l'hypothèse du régime du tiers payant (art. 97, al. 2) ou en dehors de celle-ci (art. 97, al. 1er).

Lorsque le remboursement des interventions de l'assurance est réclamé à la personne qui a reçu ces interventions (tel, dans le régime de tiers payant, un établissement de soins), la mesure en cause s'analyse, pour les raisons exposées ci-dessus, en une répétition d'indu qui résiste au contrôle de constitutionnalité.

(non violation)

4. Arrêt n° 41/2001 du 29 mars 2001[5]

Articles 73, 142 à 144 et 157 de la loi ASSI coordonnée – Procédures devant les Chambres restreintes et les Commissions de contrôle – Emploi de la langue allemande – Droit d'utiliser la langue allemande pour l'instruction administrative de l'affaire – Possibilité ultérieure de recourir à des interprètes ou à des traducteurs – Pas de privation des garanties juridictionnelles

Article 156, dernier alinéa, de la loi ASSI coordonnée – Publicité limitée des décisions – Pas d'obligation de publier les motifs ni même le dispositif des arrêts et jugements des cours et tribunaux – Pas de discrimination

QUESTIONS PRÉJUDICIELLES POSÉES PAR DÉCISION DU 24 NOVEMBRE 1999 DE LA COMMISSION DE CONTRÔLE ET PAR DÉCISION DU 29 FÉVRIER 2000 DE LA COMMISSION D'APPEL

1.1. La première question préjudicielle avance que les articles 73, 142 à 144 et 157 de la loi ASSI coordonnée violeraient les principes d'égalité et de non-discrimination car Madame K. se trouverait dans une situation juridictionnelle linguistique défavorable par rapport à tout autre contrevenant ayant commis à Eupen une infraction de nature à entraîner une privation de biens.

Les dispositions légales précitées ne permettraient pas à un médecin de langue allemande, domicilié en région de langue allemande, d'être jugé en langue allemande, comme le permettent les dispositions sur l'emploi des langues en matière judiciaire depuis la loi du 23 septembre 1985.

1.2. La différence de traitement en cause repose sur un critère objectif: la nature administrative ou judiciaire de la juridiction devant laquelle une personne est poursuivie.

Cette différence de traitement est en rapport avec le but poursuivi par le législateur lorsqu'il a confié aux Commissions de contrôle le soin de veiller au respect de la loi en cause.

Le législateur a, en effet, pris en compte la spécificité de la mission confiée à la Commission.

En raison de la technicité de la matière, il a composé les Commissions de contrôle de magistrats de l'ordre judiciaire (afin de veiller à l'impartialité de ces commissions et à l'aspect juridique de la procédure) et de médecins (en considération des connaissances techniques et pratiques nécessaires pour apprécier s'il y a ou non manquement).

Sur le plan territorial, le législateur a opté pour une division basée sur les provinces. Il peut dès lors se justifier qu'il n'ait pas composé une section spécifique pour les affaires traitées en langue allemande.

1.3. Il reste à vérifier si les dispositions en cause ne méconnaissent pas le principe de proportionnalité, en privant une catégorie de personnes de leurs garanties juridictionnelles en matière d'emploi des langues.

5. M.B., 22.06.2001, Éd. 2, p. 21 812 et B.I. – INAMI, 2001/2, p. 228.

La Cour relève à cet égard que les lois sur l'emploi des langues en matière administrative (art. 41, § 1er) garantissent aux personnes concernées le droit d'utiliser la langue allemande pour l'instruction de l'affaire.

L'article 142 de la loi ASSI coordonnée précise que la section provinciale de Liège connaît des affaires traitées en langue française et en langue allemande.

Elle doit être interprétée comme garantissant à la personne le choix de la langue allemande quand le dossier est introduit en allemand. Dans ce cas, la commission devra prendre connaissance des pièces écrites en langue allemande en recourant, au besoin, à des interprètes ou à des traducteurs.

Ainsi interprété, l'article 142 de la loi en cause ne prive pas les personnes concernées de leurs garanties juridictionnelles.

Pour le surplus, le législateur n'est pas tenu d'offrir, à des personnes engagées dans une procédure au début de laquelle elles ont opté pour une langue déterminée, le choix d'une autre langue nationale et il a pu prendre en considération le fait que le nombre de prestataires germanophones souhaitant une procédure en allemand est extrêmement limité, ce qui s'explique par le fait que la plupart ont effectué leurs études en français et sont titulaires d'un diplôme en français.

2.1. La deuxième question préjudicielle évoque une violation des principes d'égalité et de non discrimination dans la mesure où, selon l'article 156, dernier alinéa, *in fine*, de la loi ASSI coordonnée, seul le dispositif des décisions définitives (de la Chambre restreinte et de la Commission d'appel) est publié.

Ce qui permettrait à l'INAMI, partie poursuivante dans le procès, et non à la partie appelante, d'avoir connaissance de la jurisprudence de la Commission d'appel.

2.2. La disposition en cause n'a pas pour objet d'assurer une publicité générale des décisions portant interdiction d'intervention : elle vise seulement à rendre public le dispositif de ces décisions à l'intention des personnes concernées qui doivent en tenir compte.

Par ailleurs, il n'existe pas d'obligation générale de publier les motifs ni même le dispositif des arrêts et jugements des cours et tribunaux.

Partant, la Cour d'arbitrage n'aperçoit pas en quoi il serait discriminatoire qu'il ne soit pas obligatoire de publier les motivations des décisions en cause.

(non violation)

5. Arrêt n° 133/2001 du 30 octobre 2001[6]

Articles 141, 146, 155 et 156 de la loi ASSI coordonnée – Chambres restreintes – Organes de l'administration active – Attribution des litiges à la Commission d'appel – Juridiction administrative – Droits politiques - Collaboration à un service public

6. M.B., 21.12.2001, Éd. 3, p. 44 602 et B.I. – INAMI 2001/4, p. 450.

Composition de la Commission d'appel – Présence au siège de non-magistrats – Indépendance et impartialité – Absence d'un auditorat – Pas d'atteinte aux droits de la défense

QUESTION PRÉJUDICIELLE POSÉE PAR DÉCISION DU 23 MAI 2000 DE LA COMMISSION D'APPEL

1.1. Conformément aux articles 141, 146, 155 et 156 de la loi ASSI coordonnée, une contestation concernant une interdiction d'intervention dans le coût des prestations de santé est traitée par la Chambre restreinte et la Commission d'appel instituées auprès de l'INAMI. De plus, l'enquête et les constatations concernant une interdiction d'intervention dans le coût des prestations de santé sont effectuées par les fonctionnaires agissant au service et sur ordre du Service du contrôle médical.

Les articles précités violent-ils les articles 10 et 11 de la Constitution coordonnée dans la mesure où toute contestation entre un assuré (ou, le cas échéant, un dispensateur de soins) et l'INAMI est soumise aux tribunaux ordinaires (tribunaux du travail) et aux garanties offertes par ceux-ci, entre autres, par le biais de l'intervention d'un auditorat indépendant et indivisible ?

1.2. La Cour indique d'abord que les Chambres restreintes ne statuent pas sur des contestations, mais prennent, en tant qu'organes de l'administration active, des décisions qui feront éventuellement l'objet de contestations. Ces contestations sont de la compétence des Commissions d'appel.

La question préjudicielle est donc sans objet pour ce qui concerne les Chambres restreintes.

1.3. Pour le surplus, la Cour doit vérifier si c'est à juste titre que le législateur, en confiant à une juridiction administrative les contestations relatives à l'interdiction d'intervention dans le coût des prestations de santé, a considéré implicitement les droits en cause comme des droits politiques.

La loi ASSI coordonnée prévoit un système d'intervention dans le coût des prestations de santé.

Le bon fonctionnement de ce système suppose que les dispensateurs de soins soient associés à l'application de cette loi et qu'ils soient considérés comme apportant leur collaboration à un service public.

L'objet des contestations en cause concerne donc l'appréciation du respect, par le dispensateur de soins, de ses obligations en tant qu'il collabore à un service public.

Lorsque la Commission d'appel statue sur un tel objet, elle agit dans l'exercice d'une fonction qui se trouve dans un rapport tel avec les prérogatives de puissance publique de l'État qu'elle se situe en dehors de la sphère des litiges de nature civile au sens de l'article 144 de la Constitution.

Il s'ensuit qu'une contestation portant sur l'interdiction d'intervention dans le coût des prestations de santé est une contestation portant sur un droit politique.

En application de la possibilité offerte par l'article 145 de la Constitution, le législateur pouvait confier le contentieux relatif à un tel droit politique à une juridiction administrative disposant en la matière d'une compétence de pleine juridiction, créée en application de l'article 146 de la Constitution.

1.4. La différence de traitement entre certaines catégories de personnes qui résulte de l'application de procédures différentes devant des juridictions différentes et dans des circonstances au moins partiellement différentes n'est pas discriminatoire en soi.

Il en irait autrement si la différence de traitement résultant de l'application de ces procédures entraînait une limitation disproportionnée des droits des parties concernées.

Les Commissions d'appel sont composées de trois magistrats et, avec voix consultative, de trois membres qui appartiennent à la même catégorie professionnelle que le dispensateur de soins à charge duquel les constatations ont été faites. Le simple fait que des non-magistrats siègent dans un organe juridictionnel en raison de leur compétence ne porte pas, en lui-même, atteinte à l'indépendance et à l'impartialité de cet organe.

L'absence d'intervention d'un auditorat indépendant ne permet pas plus de conclure qu'il aurait été porté atteinte de manière disproportionnée aux droits des personnes concernées.

L'absence d'un tel auditorat (qui n'existe d'ailleurs pas davantage auprès des chambres civiles des tribunaux de l'ordre judiciaire) n'empêche pas les parties de se défendre librement et de contester le contenu des enquêtes et des constatations qui leur sont opposées.

(non violation)

6. Arrêt n° 26/2002 du 30 janvier 2002[7]

Articles 142 et 157 de la loi ASSI coordonnée – Interdiction de prescrire des prestations inutilement onéreuses ou superflues – Commissions de contrôle et Commissions d'appel – Juridictions administratives – Nature du litige – Droits politiques – Collaboration à un service public

QUESTION PRÉJUDICIELLE POSÉE PAR DÉCISION DU 2 AOÛT 2000 DE LA COMMISSION DE CONTRÔLE

1.1. La loi ASSI coordonnée viole-t-elle les articles 10 et 11 de la Constitution coordonnée, lus en combinaison avec son article 144, en confiant le règlement de contestations portant sur la prescription de prestations inutilement onéreuses ou superflues, ainsi que les sanctions y afférentes, à une juridiction administrative (ces contestations échappant ainsi à la protection du pouvoir judiciaire) ?

1.2. La Cour d'arbitrage doit vérifier si c'est à juste titre que le législateur, en confiant les contestations précitées à une juridiction administrative, a considéré implicitement les droits en cause comme des droits politiques.

La loi ASSI coordonnée prévoit un système d'intervention dans les frais des prestations médicales. Le bon fonctionnement de ce système suppose que les dispensateurs de soins, associés à l'application de cette loi et coopérant en cela à un service public, évitent de prescrire et d'exécuter des prestations inutilement onéreuses ou superflues à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

7. M.B., 29.05.2002, Éd. 2, p. 23 311 et B.I. – INAMI, 2002/1-2, p. 45.

Les contestations en cause portent donc sur l'appréciation du respect des obligations du dispensateur de soins en tant qu'il collabore à un service public.

Lorsqu'elle statue en la matière, la Commission de contrôle agit dans l'exercice d'une fonction qui se trouve dans un rapport tel avec les prérogatives de puissance publique de l'État qu'elle se situe en dehors de la sphère des litiges de nature civile au sens de l'article 144 de la Constitution.

Il s'ensuit que le législateur a pu qualifier le litige concernant l'interdiction d'intervention dans les frais de prestations médicales de contestation ayant pour objet un droit politique, au sens de l'article 145 de la Constitution.

(non violation)

7. Arrêt n° 94/2002 du 5 juin 2002[8]

Article 90*bis* de la loi du 9 août 1963 (art. 157, al. 2 de la loi ASSI coordonnée) – Interdiction d'appliquer le tiers payant – Prestations inutilement onéreuses ou superflues – Sanction particulière – Commissions de contrôle et Commissions d'appel – Juridictions administratives – Nature du litige – Droits politiques – Collaboration à un service public

QUESTIONS PRÉJUDICIELLES POSÉES PAR L'ARRÊT N° 99.489 DU 4 OCTOBRE 2001 DU CONSEIL D'ÉTAT

1.1. L'article 90*bis* de la loi du 9 août 1963 (art. 157 de la loi ASSI coordonnée) viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution en instaurant une sanction particulière (l'interdiction de l'application du régime du tiers payant) qui concerne uniquement les dispensateurs de soins fournissant des prestations soumises au régime du tiers payant, et reste sans effet à l'égard des autres dispensateurs de soins ?

1.2. Par régime du tiers payant, il faut entendre le mode de paiement par lequel le prestataire de soins, le service ou l'institution reçoit directement de l'organisme assureur auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire à qui les prestations de santé ont été dispensées, le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Il résulte du texte de la disposition litigieuse - qui est formulée en termes généraux et n'est pas limitée, contrairement à ce que suggère la question préjudicielle, aux prestataires de soins qui bénéficient du régime du tiers payant - que l'interdiction en matière d'octroi du régime du tiers payant imposée à un prestataire de soins qui prescrit ou exécute des prestations inutilement onéreuses ou superflues, s'applique *mutatis mutandis* tant aux prestataires de soins auxquels le régime du tiers payant a déjà été octroyé, qu'à ceux qui ne bénéficient pas encore du régime du tiers payant au moment où la sanction est prononcée, mais qui introduisent ultérieurement une demande pour accéder à ce régime.

Pour la première catégorie de prestataires de soins, la sanction a pour effet que l'octroi du régime du tiers payant est suspendu durant la période pour laquelle la sanction est infligée.

8. M.B., 14.08.2002, Éd. 2, p. 35 092 et B.I. – INAMI, 2004/1, p. 25.

Pour la deuxième catégorie de prestataires de soins, elle a pour effet que ceux-ci, pendant une période de trois ans à dater de l'application de la sanction, ne peuvent être admis au régime du tiers payant.

Dans la mesure où les deux catégories de prestataires de soins, distinguées dans la question préjudicielle, peuvent être touchées par l'interdiction en matière d'octroi du régime du tiers payant, il n'existe pas de différence de traitement entre ces deux catégories et la question appelle une réponse négative.

2.1. En retirant au pouvoir judiciaire les contestations relatives à la récupération des dépenses prises en charge par l'assurance maladie-invalidité pour les soumettre à la compétence de juridictions administratives, si bien que les dispensateurs de soins concernés, contrairement aux autres Belges, sont privés des garanties inhérentes à l'administration de la justice par les cours et tribunaux, le législateur a-t-il violé le principe d'égalité ?

2.2. Il appartient à la Cour de vérifier si c'est à juste titre que le législateur, en confiant les contestations précitées à une juridiction administrative, a considéré implicitement les droits en cause comme des droits politiques.

La loi du 9 août 1963 (la loi ASSI coordonnée le 14.07.1994) prévoit un système d'intervention dans les frais de prestations médicales. Le bon fonctionnement de ce système suppose que les prestataires de soins, associés à l'application de cette loi et coopérant en cela à un service public, évitent de prescrire et d'exécuter des prestations inutilement onéreuses ou superflues à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les contestations en cause ont donc pour objet l'appréciation du respect des obligations du prestataire de soins en tant qu'il collabore à un service public.

Lorsqu'elle statue en la matière, la Commission de contrôle agit dans l'exercice d'une fonction qui se trouve dans un rapport tel avec les prérogatives de puissance publique de l'État qu'elle se situe en dehors de la sphère des litiges de nature civile au sens de l'article 144 de la Constitution. Il s'ensuit que le législateur a pu qualifier le litige concernant la récupération des dépenses et l'exclusion du régime du tiers payant de contestation qui a pour objet un droit politique, au sens de l'article 145 de la Constitution.

(non violation)

8. Arrêt n° 98/2002 du 12 juin 2002[9]

Article 156 de la loi ASSI coordonnée – Chambres restreintes – Organes de l'administration active – Commissions d'appel – Juridictions administratives – Nature du litige – Droits politiques – Collaboration à un service public

QUESTION PRÉJUDICIELLE POSÉE PAR DÉCISIONS DU 25 AVRIL 2001 ET DU 29 JUIN 2001 DE LA COMMISSION D'APPEL

1.1. L'article 156 de la loi ASSI coordonnée viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution coordonnée, lus en combinaison avec l'article 144 de la Constitution coordonnée, en confiant le règlement des litiges relatifs aux infractions éventuelles à la réglementation ASSI (et les sanctions y relatives) à des juridictions administratives ?

9. M.B., 17.08.2002, Éd. 2, p. 35 402 et B.I. – INAMI, 2004/1, p. 30.

1.2. La Cour relève en premier lieu que les Chambres restreintes ne statuent pas sur des contestations, mais prennent, en tant qu'organes de l'administration active, des décisions qui feront éventuellement l'objet de contestations. Ces contestations sont de la compétence des Commissions d'appel.

En tant qu'elle porte sur les Chambres restreintes, la question préjudicielle est par conséquent sans objet.

1.3. La Cour doit vérifier si c'est à juste titre que le législateur, en confiant à une juridiction administrative les contestations relatives à l'interdiction d'intervention dans le coût des prestations de santé, a considéré implicitement les droits en cause comme des droits politiques.

La loi ASSI coordonnée prévoit un système d'intervention dans le coût des prestations de santé. Le bon fonctionnement de ce système suppose que les dispensateurs de soins soient associés à l'application de cette loi et qu'ils soient considérés comme apportant leur collaboration à un service public.

L'objet des contestations en cause concerne donc l'appréciation du respect, par le dispensateur de soins, de ses obligations en tant qu'il collabore à un service public.

Lorsque la Commission d'appel statue sur un tel objet, elle agit relativement à l'exercice d'une fonction qui se trouve dans un rapport tel avec les prérogatives de puissance publique de l'État qu'elle se situe en dehors de la sphère des litiges de nature civile au sens de l'article 144 de la Constitution.

Le législateur pouvait donc qualifier le litige concernant l'interdiction d'intervention dans les frais de prestations médicales de contestation ayant pour objet un droit politique, au sens de l'article 145 de la Constitution.

(non violation)

9. Arrêt n° 120/2002 du 3 juillet 2002[10]

Article 164, alinéa 3 de la loi ASSI coordonnée – Règles de procédure différentes – Différence de traitement – Introduction par requête

Droits de la défense – Garanties suffisantes – Procédure administrative préalable

QUESTION PRÉJUDICIELLE POSÉE PAR JUGEMENT DU 4 MAI 2001 DU TRIBUNAL DU TRAVAIL DE BRUGES

1.1. L'article 164, alinéa 3, de la loi ASSI coordonnée viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution en autorisant les organismes assureurs à introduire par requête leur action en récupération des prestations octroyées indûment par suite d'erreur ou de fraude, alors que les autres personnes morales doivent introduire leurs actions par citation signifiée au défendeur ?

10. M.B. 17.09.2002, p. 41 205.

1.2. Il relève du pouvoir d'appréciation du législateur de régler le mode d'introduction des actes de procédure.

La différence de traitement entre certaines catégories de personnes qui découle de l'application de règles procédurales différentes dans des circonstances différentes n'est pas discriminatoire en soi. Il pourrait être question de discrimination si cette différence de traitement entraînait une limitation disproportionnée des droits des personnes concernées.

La possibilité pour les organismes assureurs d'introduire auprès du tribunal du travail les demandes de récupération de paiements indus par voie de requête, prévue à l'article 704 du Code judiciaire, est principalement inspirée par des motifs budgétaires.

L'introduction d'instance par la requête visée à l'article 704 du Code judiciaire offre, en principe, à la partie défenderesse des garanties suffisantes en ce qui concerne les droits de la défense.

Considéré en soi, le régime n'est pas discriminatoire par rapport à l'introduction d'instance par citation.

La question est plus précisément de savoir si, en cas d'introduction de l'instance par la requête visée, il ne serait pas porté atteinte de façon disproportionnée aux droits du défendeur : celui-ci n'est informé du procès que par la convocation à comparaître à l'audience pour laquelle aucun délai n'est fixé, un laps de temps indéterminé pouvant dès lors s'écouler entre le dépôt de la requête et cette convocation, et la requête précise seulement l'objet de la demande sans fournir un exposé sommaire des moyens.

Par contre, en cas de citation par exploit d'huissier de justice, le défendeur connaît les lieux, jour et heure de l'audience ainsi que l'objet et l'exposé sommaire des moyens de la demande.

S'il est vrai qu'en cas d'introduction de l'instance par requête, la partie défenderesse n'est pas immédiatement informée du fait qu'un procès est intenté contre elle, il convient de tenir compte de la nature spécifique du droit procédural social et en particulier de l'intervention du ministère public près les juridictions du travail.

L'intervention d'un magistrat indépendant garantit ainsi aux deux parties un examen complet et objectif de l'affaire.

Ce régime, qui existe du reste dans l'intérêt des parties, a pour effet qu'un certain délai s'écoule entre le dépôt de la requête et la notification qui en est faite à la partie défenderesse.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que la procédure judiciaire de récupération de paiements indus à charge d'un dispensateur de soins visée à l'article 164 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, est généralement précédée par une procédure administrative devant la Chambre restreinte et la Commission d'appel, instituées auprès du Service du contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, et par une sommation de payer les montants exigibles.

(non violation)

10. Arrêt n° 23/2003 du 12 février 2003[11]

Article 174, 6° de la loi ASSI coordonnée – Récupération de l'indu – Délai de deux ans – Inapplicabilité du bref délai de prescription – Prestations dûment payées – Abus de la liberté diagnostique ou thérapeutique

Articles 157 et 142 de la loi ASSI coordonnée – Commissions de contrôle et Commissions d'appel – Juridictions administratives – Nature du litige – Droits politiques – Collaboration à un service public

Article 142, § 2 de la loi ASSI coordonnée – Compétence de la Commission d'appel – Incompétence du Tribunal du travail (art. 167) – Absence d'intervention d'un auditorat indépendant – Pas d'atteinte aux droits de la défense

QUESTIONS PRÉJUDICIELLES POSÉES PAR LES ARRÊTS N° 102.632 ET N° 102.633 DU 17 JANVIER 2002 DU CONSEIL D'ÉTAT

1.1. L'article 174, 6°, de la loi ASSI coordonnée viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution dans la mesure où le délai de prescription de deux ans pour les actions en récupération des organismes assureurs à l'égard des assurés n'est pas applicable aux récupérations à charge des dispensateurs de soins visées à l'article 157, alinéa 1er, de la même loi ?

1.2. L'article 174, 6°, de la loi ASSI coordonnée énonce :

"*L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées*".

L'article 157, alinéa 1er, de la même loi dispose :

"*Sans préjudice des poursuites pénales ou disciplinaires, les Commissions visées à l'article 142, après avoir constaté tout manquement aux dispositions de l'article 73, récupèrent totalement ou partiellement auprès du dispensateur de soins les dépenses relatives aux prestations à charge de l'assurance soins de santé et indemnités.*"

L'article 174, 6° figurait déjà dans la loi du 9 août 1963 (art. 106, § 1er, 6°).

Aux termes des travaux préparatoires de l'article 106 de l'époque, cette disposition fixe "le délai de prescription uniformément à deux années; [elle] précise qu'il ne peut être renoncé au bénéfice des prescriptions visant les cas de paiements de prestations" (Doc. parl. , Ch., 1962-1963, n° 527/1, p. 32). En cas de prescription, l'organisme assureur ne pourra pas se retourner vers l'assuré (ibid., n° 527/16, p. 179).

La réglementation concernant la récupération des dépenses relatives à l'exécution d'examens ou de traitements inutilement onéreux et de prestations superflues, figurant désormais à l'article 157 de la loi ASSI coordonnée, a été insérée par la loi du 22 décembre 1989.

11. M.B., 14.07.2003, p. 37 863 et B.I. – INAMI, 2004/1, p. 37.

Il ressort des travaux préparatoires que le législateur a voulu un contrôle des abus de la liberté thérapeutique, indépendant de l'appréciation déontologique. Il a confié ce contrôle au Service du contrôle médical de l'INAMI. L'appréciation des manquements constatés a été confiée à la Commission de contrôle et à la Commission d'appel (Doc. parl., Ch., 1989-1990, n° 975/1, pp. 17 à 20).

Le législateur a pris en compte la spécificité des deux types de récupérations.

Les récupérations visées à l'article 174, 6°, concernent uniquement des prestations remboursées indûment - autrement dit, sans motif - par l'assurance soins de santé.

Cette disposition règle les rapports entre l'organisme assureur et son assuré.

Dans ces conditions, il peut être admis, en vue notamment d'éviter une insécurité juridique, qu'un délai de prescription court soit prévu pour ces récupérations.

En revanche, les récupérations visées à l'article 157, alinéa 1er, concernent des prestations qui, de prime abord, ont été dûment payées mais qui, après examen, peuvent s'avérer constitutives d'abus de la liberté thérapeutique ou de diagnostic.

Les abus ne peuvent être constatés qu'après avoir procédé à un examen approfondi et compliqué sur le plan technique et après avoir comparé, pendant une période plus ou moins longue, le comportement adopté en matière de prescriptions et de prestations.

Un bref délai de prescription de deux ans, prenant cours, de surcroît, à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement des prestations a été effectué, serait incompatible avec l'objectif poursuivi par le législateur, à savoir lutter contre des examens et des traitements inutilement onéreux et contre des prestations superflues à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

En prévoyant à l'article 174, 6°, un délai de prescription court de deux ans pour les récupérations des organismes assureurs visées dans cette disposition, alors que ce délai de prescription n'est pas applicable aux récupérations visées à l'article 157, alinéa 1er, le législateur a pris une mesure qui n'est pas sans justification raisonnable.

2.1. La loi ASSI coordonnée viole-t-elle les articles 10 et 11 de la Constitution dans la mesure où :

- les contestations concernant la récupération totale ou partielle, à charge d'un dispensateur de soins, des dépenses relatives aux prestations remboursées, sont jugées par la Commission de contrôle et la Commission d'appel instituées auprès de l'INAMI et
- l'examen des conclusions concernant une récupération ou bien l'imposition d'une interdiction d'appliquer le tiers payant est effectué par les fonctionnaires agissant au service et sur ordre du Service du contrôle médical alors que tout litige entre l'assuré (ou, le cas échéant, le dispensateur de soins) et l'INAMI même est soumis aux juridictions ordinaires, avec les garanties offertes aux articles 138, 140, 145, 152 et 764 du Code judiciaire, notamment par l'intervention d'un auditorat indépendant et indivisible ?

2.2. La Cour doit vérifier si c'est à juste titre que le législateur, en confiant à une juridiction administrative les contestations relatives aux manquements à l'article 73, alinéas 2, 3 et 4, de la loi ASSI coordonnée, a considéré implicitement les droits en cause comme des droits politiques.

La loi ASSI coordonnée prévoit un système d'intervention dans les frais de prestations médicales. Le bon fonctionnement de ce système suppose que les dispensateurs de soins, associés à l'application de cette loi et collaborant en cela avec un service public, ne prescrivent ni n'exécutent des prestations inutilement onéreuses ou superflues à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les contestations en cause ont donc pour objet l'appréciation du respect des obligations du prestataire de soins en tant qu'il collabore à un service public.

Lorsqu'elle statue en la matière, la Commission de contrôle ou la Commission d'appel agit à l'égard d'une fonction qui se trouve dans un rapport tel avec les prérogatives de puissance publique de l'État qu'elle se situe en dehors de la sphère des litiges de nature civile au sens de l'article 144 de la Constitution. Il s'ensuit que le législateur a pu qualifier le litige concernant la récupération des dépenses et l'exclusion du régime du tiers payant de contestation qui a pour objet un droit politique, au sens de l'article 145 de la Constitution.

2.3. En ce qui concerne la deuxième partie de la question:

La différence de traitement entre certaines catégories de personnes qui résulte de l'application de procédures différentes devant des juridictions différentes et dans des circonstances différentes n'est pas discriminatoire en soi. Il ne pourrait y avoir de discrimination que si la différence de traitement résultant de l'application de ces procédures entraînait une limitation disproportionnée des droits des personnes concernées.

Compte tenu de la technicité de la matière, il n'est pas déraisonnable que l'instruction préliminaire soit confiée à des fonctionnaires de l'INAMI et que ceux-ci participent aux débats à l'audience.

L'absence d'intervention d'un auditorat indépendant ne suffit pas pour conclure qu'il aurait été porté atteinte de manière disproportionnée aux droits des personnes concernées. Elle n'empêche pas les parties de se défendre librement et de contester utilement le contenu des enquêtes et des constatations qui leur sont opposées.

(non violation)

11. Arrêt n° 26/2003 du 19 février 2003[12]

Article 97 de la loi du 9 août 1963 (art. 164 de la loi ASSI coordonnée) – Prestations indues – Récupération à charge du dispensateur de soins – Action directe combinant une répétition d'indu et un régime spécial de responsabilité civile – Nécessité de protéger les deniers publics – Etendue de l'obligation de restitution – Réparation intégrale du dommage – Pas de caractère forfaitaire

12. M.B., 14.07.2003, Éd. 2, p. 37 928 et B.I. – INAMI, 2003/2 p. 173.

QUESTION PRÉJUDICIELLE POSÉE PAR JUGEMENT DU 14 JANVIER 2002 DU TRIBUNAL DU TRAVAIL DE VERVIERS

1.1. L'article 97 de la loi du 9 août 1963 (art. 164 de la loi ASSI coordonnée) viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution en ce que:

- le dispensateur de soins est sanctionné par une restitution forfaitaire et automatique alors que tout citoyen, devant restituer un indu, dispose du droit de voir cette restitution limitée à la valeur du seul enrichissement sans cause ?
- le dispensateur de soins doit garantir une réparation forfaitaire et automatique alors que tout citoyen fautif responsable d'un indu à restituer par un tiers, dispose du droit de voir l'ampleur de sa réparation calibrée suivant les circonstances appréciées par le juge?

1.2. L'article 97 précité prévoit que, en dehors du régime du tiers payant - donc lorsque l'organisme assureur a remboursé un assuré social qui a payé lui-même les honoraires réclamés par le dispensateur de soins -, la valeur des "prestations" octroyées indûment à un bénéficiaire doit être remboursée par le dispensateur de soins lorsque le caractère indu des "prestations" résulte de ce qu'il ne possédait pas les qualités requises pour les dispenser ou ne s'était pas conformé, par suite d'erreur ou de fraude, aux dispositions légales et réglementaires.

Cette disposition institue ainsi un système qui ne peut être considéré comme étant simplement l'application en la matière du mécanisme de la répétition de l'indu, la récupération des sommes versées au bénéficiaire se faisant à charge, non de celui-ci, mais du dispensateur de soins.

Elle résulte de ce que le législateur a admis le point de vue des organismes assureurs (jusque-là tenus de réclamer le remboursement au bénéficiaire même s'il ne portait aucune responsabilité en la matière), qui "*estimaient qu'il faudrait pouvoir comme en système tiers payant exiger le remboursement par le prestataire fautif ou négligent et que les sommes qui s'avèrent irrécouvrables ne viennent pas alourdir leurs frais d'administration*" (Doc. parl. , Ch., 1975-1976, nº 877/1, p. 3).

En visant à "*mettre le remboursement à la charge de celui qui a commis l'erreur ou la fraude*" (Doc. parl. , Sénat, 1975-1976, nº 901-2, p. 5), la disposition en cause précise la responsabilité de celui dont le comportement (fraude ou erreur) a conduit à ce que ce paiement soit indu.

1.3. Dans l'hypothèse visée par le juge *a quo* , c'est le bénéficiaire de soins qui a reçu des sommes dont le paiement est indu par le fait que le dispensateur de ces soins a agi sans avoir la qualité requise ou ne s'est pas conformé aux dispositions réglementaires dont le respect lui incombe. Dans ce cas, l'organisme assureur peut réclamer les sommes indûment "remboursées" par lui, au dispensateur de soins dont l'intervention a entraîné ce remboursement alors que ce dispensateur ne remplissait pas les conditions exigées par la loi.

Ce droit s'analyse comme une action directe combinant une répétition d'indu et un régime spécial de responsabilité civile.

En attachant cette conséquence au non-respect, par le dispensateur de soins, des conditions qu'il doit remplir pour que des frais soient couverts par l'assurance, le législateur a rencontré la nécessité de protéger l'assurance maladie-invalidité, plus précisément les deniers publics, contre ceux qui pourraient l'obérer par leur négligence ou par des abus, au moyen d'un système de contrôle qui ne peut être efficace sans une certaine rigidité.

1.4. Considéré sous l'angle de l'étendue de ce qui est mis à charge du dispensateur de soins, le système décrit ci-dessus ne s'écarte pas fondamentalement du droit commun.

Le droit commun entraîne lui aussi des conséquences sévères pour celui qui a reçu un paiement dont il ignorait le caractère indu ou qui a eu le malheur de causer par sa faute légère un dommage important.

Les sommes que doit rembourser le prestataire de soins dispensés irrégulièrement - notamment au motif qu'il n'avait pas la qualité requise - n'ont pas un caractère forfaitaire, dès lors qu'elles correspondent au montant des "prestations" effectivement octroyées au bénéficiaire par l'assurance maladie-invalidité.

En cela, l'étendue de l'obligation ainsi mise à charge du prestataire de soins, ne diffère ni de l'étendue de l'obligation de restitution lorsqu'il y a répétition d'indu - celle-ci couvrant l'intégralité de l'indu - ni davantage de l'étendue de l'obligation de réparation en cas de responsabilité civile, laquelle couvre, également, l'intégralité du dommage subi.

(non violation)

12. Arrêt n° 31/2003 du 12 mars 2003[13]

Articles 73 et 157 de la loi ASSI coordonnée – Récupération des prestations inutilement onéreuses ou superflues – Délai de prescription – Délai de droit commun – Article 2262*bis* du Code civil – Délai différent des infractions pénales (art. 170 et 171 de la loi ASSI coordonnée) – Absence de discrimination

QUESTIONS PRÉJUDICIELLES POSÉES PAR DÉCISION DU 28 FÉVRIER 2002 DE LA COMMISSION D'APPEL

1.1. La loi ASSI coordonnée est-elle compatible avec le principe d'égalité et l'interdiction de discrimination en imposant aux médecins, pour sanctionner certains comportements, des sanctions et ce sans délai de prescription spécifique alors que les sanctions pénales, visant à sanctionner d'autres comportements, doivent être appliquées endéans certains délais prescrits par la loi inférieurs au droit commun ?

1.2. Bien que la loi précitée n'ait pas fixé, en son chapitre V, un délai de prescription spécifique pour les contestations en rapport avec l'article 73, il faut raisonnablement considérer que le législateur n'a pas voulu rendre ces contestations imprescriptibles et que, par conséquent, c'est le délai de droit commun, à savoir celui de l'article 2262*bis* du Code civil, qui s'applique en l'espèce.

2.1. L'article 157 de la loi ASSI coordonnée est-il compatible avec le principe d'égalité et l'interdiction de discrimination en ce qu'il ne prévoit pas, pour les médecins, de délai pour la récupération des prestations prescrites de manière inutilement onéreuse ou superflue, ni de délais de récupération différents en fonction de la bonne ou de la mauvaise foi du prestataire alors que pour les autres prestataires de soins ou pour les bénéficiaires de soins un délai de prescription est prévu et il est tenu compte de la bonne ou de la mauvaise foi pour appliquer un délai de prescription différent quant à la récupération ?

2.2. Les abus sanctionnés par l'article 157, alinéa 1er, ne peuvent être constatés qu'après un examen minutieux du comportement adopté par le médecin prescripteur. Ce comportement doit nécessairement être apprécié sur une période suffisamment longue et la sanction peut consister en une récupération totale ou partielle des dépenses.

13. M.B., 14.07.2003, Éd. 2, p. 37 944 et B.I. – INAMI, 2003/2, p. 176.

En raison de ces éléments spécifiques, il n'est pas discriminatoire de rendre applicable un délai de prescription supérieur à celui des infractions pénales visées aux articles 170 et 171 de la loi précitée et de ne pas faire varier ce délai en fonction de la bonne ou mauvaise foi de l'intéressé comme le fait l'article 174, alinéa 3, de la même loi.

(non violation)

13. Arrêt n° 133/2004 du 22 juillet 2004[14]

Article 174,10° de la loi ASSI coordonnée – Récupération des prestations inutilement onéreuses ou superflues – Délai de prescription – Délai de droit commun – Article 2262*bis* du Code civil – Récupération des prestations non effectuées ou non conformes – Délai différent – Absence de discrimination

QUESTION PRÉJUDICIELLE POSÉE PAR DÉCISION DU 18 DÉCEMBRE 2002 DE LA COMMISSION DE CONTRÔLE

1.1. L'article 174, 10°, de la loi ASSI coordonnée viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution en tant que la cause de nullité qu'il instaure à l'égard d'un médecin poursuivi devant une Chambre restreinte de l'INAMI n'est pas applicable aux constatations visant un médecin poursuivi devant la Commission de contrôle de l'INAMI et réalisées plus de deux ans à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs ?

1.2. La réglementation concernant la récupération des dépenses relatives à l'exécution d'examens ou de traitements inutilement onéreux et de prestations superflues, figurant à l'article 157 de la loi précitée, a été insérée par la loi du 22 décembre 1989.

Bien que la loi précitée n'ait pas fixé, en son chapitre V, un délai de prescription spécifique pour les contestations en rapport avec l'article 73, il faut raisonnablement considérer que le législateur n'a pas voulu rendre ces contestations imprescriptibles et que, par conséquent, c'est le délai de droit commun, à savoir celui de l'article 2262*bis* du Code civil, qui s'applique en la matière.

Les récupérations visées à l'article 157, alinéa 1er, concernent des prestations qui, de prime abord, ont été dûment payées mais qui, après examen, peuvent s'avérer constitutives d'abus de la liberté thérapeutique ou de diagnostic.

Même si une telle réglementation entraîne pour les médecins concernés une grande part d'insécurité juridique, il faut malgré tout constater qu'un bref délai de prescription de deux ans serait incompatible avec l'objectif poursuivi par le législateur de 1989, à savoir lutter contre des examens et des traitements inutilement onéreux et contre des prestations superflues à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

A l'inverse, les constatations de nature à conduire à l'application de l'article 156 - et notamment de la procédure de récupération prévue par son alinéa 2 - ont pour objet des abus consistant, soit en des prestations déclarées mais non effectivement prestées, soit en des prestations non conformes à la nomenclature des soins de santé. Ce contrôle de la réalité et de la conformité des prestations ne présente pas les difficultés et contraintes décrites à l'alinéa précédent.

14. M.B. 25.10.2004, p. 73 354.

Les articles 10 et 11 de la Constitution n'imposent pas que le même délai de prescription de deux ans, prévu par l'article 174, 10°, ancien de la loi du 14 juillet 1994 pour les constatations visées à l'article 141, § 1er, 9°, de la même loi, soit applicable aux constatations visées à l'article 142, § 1er, alinéa 1er, de la même loi.

(non violation)

14. Arrêt n° 5/2006 du 11 janvier 2006[15]

Article 140 de la loi ASSI coordonnée – Composition du Comité du SECM – Exercice du droit de vote – Système de vote par catégorie professionnelle – Absence de discrimination

RECOURS EN ANNULATION DE LA LOI DU 22 JUIN 2004 MODIFIANT L'ARTICLE 140 DE LA LOI ASSI COORDONNÉE ET RECOURS EN ANNULATION DE L'ARTICLE 21 DE LA LOI DU 27 DÉCEMBRE 2004 PORTANT DES DISPOSITIONS DIVERSES (MODIFICATION DE L'ART. 140 DE LA LOI ASSI COORDONNÉE)

1.1. Les dispositions entreprises introduiraient une différence de traitement injustifiée entre les médecins et les autres prestataires de soins, en ce que les modalités selon lesquelles les membres du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ont voix délibérative sont différentes suivant que ce Comité doit se prononcer dans des affaires concernant des médecins ou dans des affaires qui concernent d'autres prestataires de soins.

1.2. En vertu des dispositions entreprises, chaque membre effectif du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux dispose d'une voix lorsque sont examinées des affaires relatives à des médecins. Lorsque sont examinées des affaires concernant d'autres prestataires de soins, les représentants des entreprises d'assurances et les représentants des organisations et associations représentatives votent cependant par catégorie. Les deux catégories disposent, chacune, d'une seule voix.

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 22 juin 2004 que le législateur a entendu apporter plusieurs corrections techniques au texte de la loi ASSI de 1994, modifiée par la loi-programme (II) du 24 décembre 2002, parce que ce texte ne répondait pas aux objectifs poursuivis par le législateur lors de l'adoption de cette loi-programme (Doc. parl., Ch., 2003-2004, Doc. 51-0845/001, pp. 4 et 5).

Ces objectifs, tels qu'ils ressortent de l'exposé des motifs du projet de loi qui est devenu la loi-programme (II) du 24 décembre 2002, furent réitérés lors des travaux préparatoires de la loi entreprise du 22 juin 2004. Il fut notamment précisé :

"Une garantie supplémentaire d'un examen équilibré des faits par le Comité est ajoutée. On adapte les règles de fonctionnement de ce Comité afin de rééquilibrer les débats et les influences respectives. Dans la situation actuelle, le Comité se compose sous la présidence d'un magistrat d'un noyau permanent de 8 médecins représentant les organismes assureurs, de 8 médecins représentant le corps médical et de 4 médecins représentant le Conseil national de l'Ordre des médecins.

15. M.B., 30.01.2006, p. 5 067 et B.I. – INAMI, 2006/2, p. 233.

Ces 20 membres délibèrent sur toutes les affaires même celles qui ne les concernent pas directement. Par contre, les autres professions de l'art de guérir, les établissements de soins et les professions paramédicales ne siègent que dans les affaires qui les intéressent directement. Chacun de ces groupes ne dispose que de deux représentants. C'est dire que ce déséquilibre les place d'office en minorité. Le projet corrige cette anomalie.(…)" (Doc. parl., Ch., 2003-2004, Doc 51-0845/001, p. 4).

La différence de traitement établie par les dispositions entreprises repose sur un critère objectif, à savoir la nature de la profession de la personne qui fait l'objet de l'affaire soumise au vote du Comité.

Le législateur a entendu créer un équilibre entre les voix des représentants des organisations et associations représentatives du groupe professionnel concerné, d'une part, et des représentants des entreprises d'assurances, d'autre part.

Afin d'atteindre cet objectif, un système de vote particulier (vote par catégorie) a été instauré, mais ce système n'a été appliqué qu'aux affaires dans lesquelles le Comité doit se prononcer au sujet d' "*autres prestataires de soins*" et non pas aux affaires concernant des médecins.

1.3. Depuis sa modification, l'article 140, § 5, de la loi ASSI de 1994 prévoit que, pour l'exercice de l'attribution visée à l'article 141, § 1er, 16°, les membres visés au paragraphe 1er sont répartis en groupes linguistiques et l'article 140, § 1er, alinéa 2, prévoit que les membres visés aux points 2° à 21° sont pour moitié néerlandophones et pour moitié francophones. Bien que cette répartition ait pour effet que, lors du traitement d'affaires relatives à des prestataires de soins, le nombre de représentants des différentes catégories est réduit de moitié, cette disposition ne modifie en rien les rapports de force entre ces catégories respectives.

En appliquant le système du vote par catégorie, qui déroge au système de droit commun du vote par membre, aux seules affaires qui portent sur les "*autres prestataires de soins*", le législateur a pris une mesure qui n'est pas dénuée de justification raisonnable.

1.4. Les dispositions entreprises auraient des effets préjudiciables au motif que, lors du traitement d'affaires concernant des médecins, l'absence d'un représentant des organisations représentatives est de nature à influencer de manière décisive le résultat du vote.

Indépendamment de la question de savoir si les préjudices allégués par la partie requérante découlent des dispositions entreprises, la Cour constate que l'article 140 de la loi ASSI de 1994 (al. 1er dans l'affaire n° 3479; § 1er dans l'affaire n° 3723) prévoit un suppléant pour chaque membre du Comité.

Lorsqu'un représentant des organisations représentatives ne peut assister à une réunion du Comité, il peut se faire remplacer par un suppléant.

Les dispositions entreprises ne peuvent raisonnablement être considérées comme ayant des effets disproportionnés.

(non violation – rejet du recours)

15. Arrêt n° 185/2006 du 29 novembre 2006[16]

Article 164 de la loi ASSI coordonnée – Récupération d'indu – Dispensateurs de soins salariés – Article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail – Dol, faute lourde et faute légère habituelle – Différence de traitement entre les salariés exerçant une profession médicale ou paramédicale et tous les autres salariés

QUESTION PRÉJUDICIELLE POSÉE PAR JUGEMENT DU 20 FÉVRIER 2006 DU TRIBUNAL DU TRAVAIL DE CHARLEROI

1.1. L'article 164 de la loi ASSI coordonnée porte-t-il une discrimination entre les dispensateurs de soins de santé salariés et les autres travailleurs salariés dès lors que pour les premiers, les organismes assureurs, donc des tiers à la relation de travail, souhaitant mettre en cause leur responsabilité en raison d'une faute commise dans l'exercice de leur fonction, ne sont pas tenus de prouver l'existence d'un dol, d'une faute lourde ou d'une faute légère habituelle ?

1.2. Le jugement du Tribunal du travail de Charleroi interroge la Cour uniquement au sujet de l'alinéa 2 de l'article 164 de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994, qui dispose :

"En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins. [...]".

L'organisme assureur qui a procédé au payement de sommes sur la base d'attestations de soins établies en violation des dispositions légales ou réglementaires applicables exerce, en vertu de cette disposition, une action directe contre le dispensateur de soins qui a, par sa faute ou par sa négligence, provoqué le paiement indu.

Cette disposition institue donc un système qui ne peut être considéré comme une simple application en la matière du mécanisme de la répétition de l'indu, la récupération des sommes se faisant à charge du prestataire de soins même s'il n'en a pas été le bénéficiaire. Ce système doit être considéré comme une combinaison de la répétition de l'indu et d'un régime spécial de responsabilité civile.

1.3. Le juge *a quo* considère que cette disposition déroge au régime de limitation de responsabilité des salariés découlant de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, qui dispose :

"*En cas de dommages causés par le travailleur à l'employeur ou à des tiers dans l'exécution de son contrat, le travailleur ne répond que de son dol et de sa faute lourde. Il ne répond de sa faute légère que si celle-ci présente dans son chef un caractère habituel plutôt qu'accidentel.*"

1.4. La Cour est interrogée sur la différence de traitement entre les salariés exerçant une profession médicale ou paramédicale et tous les autres salariés.

16. M.B., 13.02.2007, p. 7 162.

Les spécificités des professions médicales et paramédicales ne permettent pas de considérer que les personnes les exerçant dans les liens d'un contrat de travail et sous l'autorité d'un employeur ne seraient pas comparables aux autres salariés lorsqu'il s'agit d'apprécier la responsabilité qu'ils doivent assumer pour les fautes commises par eux dans l'exécution de leur contrat.

1.5. La Cour doit cependant encore examiner si l'obligation de remboursement des sommes indument payées (art. 164, al. 2) n'est pas disproportionnée lorsqu'elle est appliquée à un dispensateur de soins exerçant sa profession dans le cadre d'un contrat de travail et dont la faute, qui a conduit au payement indu, pourrait être considérée par le juge comme une "faute légère occasionnelle" au sens de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

L'assouplissement des règles de la responsabilité civile en faveur des salariés, pour les conséquences de leurs fautes légères inhabituelles, est justifié par le souci du législateur de mettre le travailleur à l'abri de la réparation, sur ses deniers, de tout dommage causé par sa faute légère occasionnelle commise dans l'exécution de son contrat de travail, compte tenu du surcroît de risque qu'implique toute activité professionnelle et du fait que les salariés exercent leur activité au profit de leur employeur et sous son autorité.

1.6. La Cour n'aperçoit pas pour quel motif cet objectif ne devrait pas également être poursuivi à l'égard des personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale dans le cadre d'un contrat de travail et qui font l'objet d'une demande de remboursement fondée sur l'article 164, alinéa 2.

Ces personnes sont, comme tous les salariés, exposées au risque de commettre des fautes légères occasionnelles dans l'exécution de leur contrat et elles exercent leur profession au profit de leur employeur et sous son autorité.

Il n'est dès lors pas justifié de les traiter différemment des autres travailleurs en leur refusant le bénéfice de la protection prévue par l'article 18 de la loi précitée.

Interprété comme excluant, dans l'hypothèse qu'il vise, l'application de l'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail aux dispensateurs de soins qui exercent leur profession dans le cadre d'un contrat de travail, l'article 164, alinéa 2, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, viole les articles 10 et 11 de la Constitution.

1.7. La Cour observe toutefois que le régime de responsabilité mis en place par l'article 164, alinéa 2 peut être combiné avec la protection accordée par l'article 18 de la loi précitée.

Lorsque le dispensateur de soins, qui ne s'est pas conformé à la réglementation ASSI, a commis cette faute administrative dans l'exécution de son contrat, l'organisme assureur réclamant le remboursement visé à l'article 164, alinéa 2, des sommes qu'il a payées indument, doit démontrer que cette faute est constitutive de dol ou de faute lourde ou qu'il s'agit d'une faute légère habituelle.

Dans cette interprétation, l'article 164, alinéa 2, de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994, ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution.

(violation ou non selon interprétation)

16. Arrêt n° 16/2008 du 14 février 2008[17]

Article 164 de la loi ASSI coordonnée – Articles 700 et 704 du Code judiciaire – Action en justice – Exploit d'huissier – Paiements indus – Dispensateur de soins – Pas de différence de traitement – Articles 700 et 792 du Code judiciaire – Notification – Pli judiciaire – Exploit d'huissier – Pas de limitation disproportionnée

QUESTION PRÉJUDICIELLE POSÉE PAR L'ARRÊT DU 5 MARS 2007 DE LA COUR DE CASSATION

1.1. Selon l'article 792, alinéa 2, du Code judiciaire, la notification par pli judiciaire ne doit se faire que dans les affaires énumérées à l'article 704, alinéa 1er, du même Code, et non dans les affaires qui, en vertu d'une disposition législative distincte, comme l'article 164, alinéa 3, de la loi ASSI, peuvent être introduites selon la procédure fixée par ledit article 704, alinéa 1er.

L'article 792, alinéa 2, du Code judiciaire, combiné avec l'article 704, alinéa 1er, du même Code, et avec l'article 164, alinéa 3, de la loi ASSI, coordonnée le 14 juillet 1994, viole-t-il les articles 10, alinéa 2, et 11 de la Constitution coordonnée ?

1.2. Le mode de communication d'un jugement aux parties détermine le point de départ du délai d'appel.

En vertu de l'article 1051 du Code judiciaire, 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, de ce Code.

Au cas où le jugement est notifié, le délai d'appel commence dès lors à courir lors de la notification par pli judiciaire, qui est faite par le greffier.

Dans les autres cas, ce délai commence à courir lors de la signification du jugement par exploit d'huissier de justice.

1.3. Les dispositions en cause créent une différence de traitement entre justiciables auxquels le législateur a accordé le bénéfice du mode simplifié d'introduction d'instance de l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire, selon que l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire est ou non applicable.

Pour les matières visées à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire, tant le mode simplifié d'introduction d'instance décrit dans cette disposition que la notification par pli judiciaire visée à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire sont applicables.

Pour les matières visées à l'article 164, alinéa 3, de la loi ASSI, il peut être fait application du mode simplifié d'introduction d'instance réglé à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire, mais la notification par pli judiciaire visée à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire n'est pas applicable.

La différence de traitement entre certaines catégories de personnes qui découle de l'application de règles procédurales différentes dans des circonstances différentes n'est pas discriminatoire en soi.

17. M.B., 17.03.2008, p. 15 712 et B.I. - INAMI, 2008/2, p. 199.

Il ne pourrait être question de discrimination que si la différence de traitement qui découle de l'application de ces règles de procédure entraînait une limitation disproportionnée des droits des personnes concernées.

1.4. L'action en récupération de prestations indues, intentée par un organisme assureur contre un dispensateur de soins en vertu de l'article 164, alinéa 3, de la loi ASSI, diffère des litiges énumérés à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire.

Ces dernières affaires, sauf en ce qui concerne les affaires visées à l'article 583 du Code judiciaire, portent sur des litiges entre, d'une part, des personnes physiques qui estiment avoir droit à certaines prestations organisées dans le cadre de la sécurité sociale ou de l'aide sociale et, d'autre part, l'autorité ou l'organisme qui octroie les prestations en question.

Les affaires énumérées à l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire concernent donc, à la différence d'une action intentée par un organisme assureur contre un dispensateur de soins, des litiges dans le cadre desquels le jugement peut avoir une incidence importante sur le revenu de base et sur la situation personnelle des personnes en cause.

L'action en récupération de prestations indues intentée par un organisme assureur contre un dispensateur de soins diffère également des affaires visées à l'article 583 du Code judiciaire. En effet, ces affaires portent sur l'application de sanctions administratives par suite du non-respect de certaines prescriptions de droit social.

Eu égard à ces situations différentes, il n'est pas discriminatoire en soi d'appliquer des règles de procédure différentes.

1.5. La Cour doit encore examiner si la différence de traitement qui découle de l'application de ces règles de procédure implique ou non une limitation disproportionnée des droits des personnes en cause.

S'il est exact que l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire prévoit une procédure qui, pour ce qui est de communiquer les jugements et de former appel, est, pour toutes les parties, plus simple que le régime de droit commun, il n'apparaît pas que ce régime de droit commun limiterait de manière disproportionnée les droits des personnes en cause.

Le régime de droit commun offre aux intéressés suffisamment de garanties pour qu'ils puissent prendre connaissance, à court terme et sans effort insurmontable, des jugements qui les concernent.

La circonstance qu'il appartient à la partie intéressée de faire signifier le jugement par exploit d'huissier ne peut être considérée comme une limitation disproportionnée de ses droits. Comme il ne peut être dérogé à la signification par exploit d'huissier que dans les cas prévus par la loi, il est en outre possible de déterminer objectivement de quelle manière le jugement doit être communiqué.

1.6. La circonstance que le délai pour former appel commence à courir dans un premier cas lors de la notification par pli judiciaire et dans l'autre cas lors de la signification par exploit d'huissier n'est pas davantage de nature à limiter de manière disproportionnée les droits des personnes en cause.

Le mode de communication de jugements qui doit être utilisé pouvant être objectivement déterminé, il est également possible de fixer objectivement à quel moment le délai pour former appel commence à courir.

(non violation)

17. Arrêt n° 185/2009 du 12 novembre 2009[18]

Article 174, alinéa 3 de la loi ASSI coordonnée – Délai de prescription – Point de départ – Récupération des prestations indûment payées – Procédure de la Chambre restreinte ou de la Commission d'appel – Distinction entre faits soumis et faits non soumis aux Chambres restreintes et Commissions d'appel

QUESTION PRÉJUDICIELLE POSÉE PAR DEUX JUGEMENTS DU 14 AVRIL 2009 DU TRIBUNAL DU TRAVAIL DE TERMONDE

1.1. La Cour constitutionnelle est interrogée sur la différence de traitement entre deux catégories de personnes :

- d'une part, celles auprès desquelles est récupérée la valeur de prestations indûment octroyées qui sont soumises aux Chambres restreintes ou aux Commissions d'appel,
- d'autre part, celles auprès desquelles est récupérée la valeur de prestations indûment octroyées qui ne sont pas soumises aux Chambres restreintes ou aux Commissions d'appel.

Pour la première catégorie de personnes, le délai de prescription de l'action en remboursement de la valeur de ces prestations indûment payées court à partir de la date à laquelle lesdites Chambres restreintes ou Commissions d'appel ont pris une décision définitive alors que, concernant la deuxième catégorie de personnes, le délai de prescription court à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées.

1.2. Selon le Conseil des ministres, la différence de traitement serait inexistante puisque, dans les deux cas, le délai de prescription est de deux ans.

Il ressort toutefois de ce qui précède que la Cour n'est pas interrogée sur la durée du délai de prescription mais sur le moment à partir duquel le délai de prescription court.

1.3. Le législateur a souhaité permettre qu'en cas de fraude ou d'irrégularités commises par des prestataires de soins, les organismes assureurs puissent réclamer à ceux-ci le remboursement des prestations indûment payées.

Il ressort des travaux préparatoires que le législateur souhaitait permettre la récupération de prestations d'un prestataire de soins indûment payées "*même lorsque la décision des Chambres restreintes ou des Commissions d'appel intervient plus de deux ans après le remboursement des prestations litigieuses*" (Doc. parl., Ch., 1975-1976, n° 877/1, p. 4).

1.4. Un organisme assureur peut, après avoir effectué sa propre enquête, intenter une action auprès du tribunal du travail contre un prestataire de soins aux fins d'obtenir le remboursement de la valeur de prestations indûment payées.

Dans ce cas, il doit démontrer que le prestataire de soins a commis une fraude ou des irrégularités.

Toutefois, l'organisme assureur peut aussi attendre l'enquête du Service du contrôle médical et, le cas échéant, la décision de la Chambre restreinte et de la Commission d'appel et intenter ensuite l'action auprès du tribunal du travail.

18. M.B., 04.01.2010, p. 27, B.I. – INAMI, 2010/1, p. 56 et J.T.T., 30.06.2010, p. 279 avec commentaire de S. HOSTAUX.

Ces autorités se prononçant sur le respect des dispositions légales ou réglementaires relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'organisme assureur peut dans ce cas suivre cette décision.

1.5. Lorsqu'il a déterminé le point de départ du délai de prescription de la récupération de prestations indûment payées auprès de prestataires de soins, le législateur pouvait raisonnablement tenir compte du fait que, dans la majorité des cas, c'est le Service du contrôle médical qui constate que des prestations ont été indûment payées.

Le législateur pouvait également tenir compte du fait que des constatations faites à charge de prestataires de soins contre lesquels les peines visées à l'article 156 de la loi ASSI coordonnée peuvent être prononcées sont déférées à la Chambre restreinte.

Par la disposition en cause, le législateur voulait éviter que, du fait de la durée de la procédure devant les Chambres restreintes ou les Commissions d'appel, la récupération soit prescrite avant que ces autorités aient pris une décision définitive.

1.6. La disposition en cause n'a pas davantage d'effets disproportionnés.

D'abord, excepté en cas de fraude, le délai de prescription est de deux ans pour des faits qui sont soumis aux Chambres restreintes ou aux Commissions d'appel, comme c'est le cas pour l'action en récupération de prestations indûment octroyées qui ne sont pas soumises aux Chambres restreintes ou aux Commissions d'appel.

Ensuite, en vertu de l'article 174, alinéa 1er, 10°, de la loi ASSI coordonnée, telle qu'elle s'applique aux faits portés devant le juge *a quo*, les constatations de prestations irrégulières qui sont déférées par le Comité du Service du contrôle médical aux Chambres restreintes doivent, à peine de nullité, avoir été faites dans un délai maximum de deux ans à compter de la date à laquelle les organismes assureurs ont reçu les documents relatifs aux faits litigieux.

Par conséquent, la disposition en cause ne peut s'appliquer qu'à l'égard de prestataires de soins qui ne respectent pas les dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et qui sont poursuivis pour ce fait devant les Chambres restreintes du Comité du Service du contrôle médical dans les deux ans à compter de la date à laquelle les organismes assureurs ont reçu les documents relatifs aux faits litigieux.

En outre, ces chambres doivent se prononcer dans un délai raisonnable.

1.7. La circonstance que le point de départ de la prescription est différé jusqu'à la décision définitive de la Chambre restreinte ou de la Commission d'appel, même lorsqu'aucune sanction n'est prononcée par celle-ci, ne conduit pas à une autre conclusion.

Même si l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées peut être intentée à l'encontre d'un prestataire qui n'a pas été sanctionné par la Chambre restreinte ou la Commission d'appel, il n'en demeure pas moins qu'elle présuppose la recherche des infractions aux dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le législateur a pu légitimement tenir compte du fait que, en raison de la haute technicité de la matière en cause et des pouvoirs d'instruction reconnus au Service du contrôle médical de l'INAMI, les organismes assureurs laissent cette recherche en grande partie à ce dernier.

Or, la possibilité pour les organismes assureurs de bénéficier de l'intervention du Service du contrôle médical de l'INAMI serait privée d'effet utile si, en y recourant, ceux-ci hypothéquaient leurs chances d'obtenir finalement le remboursement de la valeur des prestations indûment octroyées, ce que la disposition en cause entend précisément éviter.

(non violation)

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

Premier trimestre 2012

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Coopération échelon fédéral / communautés

Campagne de prévention en matière de vaccination 2012

Le Comité de l'assurance peut conclure une convention avec les Communautés prévoyant une intervention de l'assurance soins de santé pour les vaccins dans le cadre de programmes de prévention à caractère national.

Pour 2012, le budget de l'assurance obligatoire santé de santé prévoit d'accorder :[1]

- 16,5 millions d'EUR à la Communauté flamande
- 13,55 millions d'EUR à la Communauté française et à la Communauté germanophone.

2. Financement des laboratoires de biologie clinique

Depuis le 29 décembre 2009, le Conseil général fixe le budget global des moyens financiers pour la biologie clinique et l'imagerie médicale. Auparavant, le paiement des budgets était subordonné à la publication dudit budget global au Moniteur belge.

La base réglementaire pour le financement est rétablie à partir du 1er février 2012 et les paiements des années précédentes sont régis par ce même arrêté royal.[2]

3. Accords sociaux dans les secteurs fédéraux de la santé

a. Financement de l'Institut de classification de fonctions

L'Institut de classification de fonctions (IF-IC) a été créé par les organisations patronales et les syndicats du secteur privé des soins de santé.

L'Institut développe une classification de fonctions pour le secteur à partir d'une méthode propre prenant en compte les principales propriétés de chaque fonction. Au cours des négociations qui ont abouti à l'accord social 2011, les partenaires sociaux des services et établissements relevant du secteur privé ont décidé d'affecter de façon récurrente 5 ETP pour soutenir le fonctionnement de l'IF-IC. Sur une base annuelle, cela correspond à un montant de 275 000 EUR.

1. A.R. du 25.01.2012 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé pour le paiement de vaccins dans le cadre de programmes de prévention à caractère national pour l'année 2012, M.B. du 30.01.2012, p. 7178.
2. A.R. du 11.01.2012 modifiant l'A.R. du 10.06. 2001 fixant les modalités du financement du contrôle de qualité externe des laboratoires de biologie clinique agréés, M.B. du 01.02.2012 (Éd. 2), p. 7812.

La réglementation fixant ce financement est entrée en vigueur au 1er janvier 2011.[3]

b. Statutarisation hôpitaux publics

À partir du 1er janvier 2011, les hôpitaux publics bénéficient d'une intervention dans les cotisations de pensions versées à l'ONSS-A.P.L. afin d'encourager la statutarisation. Pour l'année civile 2011, il s'agit d'un montant de 7 589 358 EUR qui vise à stabiliser ou à relever le nombre d'agents définitifs dans le secteur public.[4]

c. Prime syndicale

À partir du 8 février 2012, le système imposant à chaque hôpital de verser une cotisation à titre d'intervention dans les coûts relatifs à la prime syndicale est simplifié.[5] Les moyens prévus pour la prime syndicale sont transférés du budget des moyens financiers à un système dans lequel l'INAMI verse immédiatement cette intervention au Fonds des primes syndicales pour les institutions privées, à l'ONSS-A.P.L pour les institutions publiques et au Trésor public pour 6 hôpitaux ayant le statut d'un hôpital public mais qui versent les cotisations ONSS à l'ONSS.

4. Mesures relatives aux médicaments

La loi du 17 février 2012 modifie certaines dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dans le cadre de l'intervention pour les spécialités pharmaceutiques :[6]

- Dans le cadre de la maîtrise des dépenses pour le remboursement des médicaments, l'intervention personnelle ainsi que l'intervention pour les médicaments peuvent être calculées sur la base d'un montant fixe (ou forfaitaire) par indication, traitement ou examen
- Introduction de la possibilité de fixer des règles de remboursement spécifiques à la délivrance par un pharmacien des médicaments pour chaque patient d'une institution pour personnes âgées par prise (matin, midi et soir)
- Il est prévu de créer une base légale pour la conclusion de contrats prix-volume. Cette mesure a été instaurée pour obtenir une adaptation des prix des spécialités pharmaceutiques remboursables protégées par un brevet en fonction d'une évaluation et une adaptation des prix de ces spécialités dans les autres États membres de l'Union européenne. De ce fait, il est possible pour l'autorité de conclure de tels contrats en vue de compenser la différence de coût pour l'assurance maladie de la thérapie médicamenteuse si une adaptation du prix en tant que telle n'est pas possible
- En outre, on a instauré l'obligation pour les firmes pharmaceutiques de communiquer chaque année les prix, dans les autres États membres de l'Union européenne, des spécialités pharmaceutiques remboursables protégées par un brevet

3. A.R. du 03.02.2012 portant exécution des art. 59*septies* et *octies* de la loi-programme du 02.01.2001 en ce qui concerne l'accord social 2011 pour le secteur non marchand, M.B. du 16.02.2012, p. 11137.
4. A.R. du 03.02.2012 portant exécution des art. 57 et 59 de la loi-programme du 02.01.2001 en ce qui concerne la prise en charge des frais liés à la statutarisation des travailleurs salariés dans les hôpitaux publics, M.B. du 16.02.2012, p. 11136.
5. A.R. du 24.01.2012 modifiant l'A.R. du 26.03.2003 portant exécution de l'art. 59*ter* de la loi-programme du 02.01.2001 en ce qui concerne la contribution relative à la prime syndicale, M.B. du 08.02.2012 (Éd. 4), p. 9974.
6. Loi du 17.02.2012 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé, M.B. du 17.02.2012 (Éd. 3), p. 11600.

- L'instauration du système de remboursement de référence est assortie d'exceptions à la baisse de prix. Les exceptions sont étendues aux spécialités pour lesquelles la base de remboursement est tout de même diminuée de la moitié du pourcentage de la diminution classique, telles que les formes injectables et les spécialités pour lesquelles une valeur thérapeutique spécifique a été reconnue
- Dans le cadre de la maîtrise des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques, les hausses de prix sont gelées pour 2012. Une dérogation à ce gel est uniquement prévue dans des cas exceptionnels et pour autant que des raisons particulières ayant trait à la rentabilité compromettent la commercialisation du médicament et, par conséquent, la disponibilité d'un traitement pour les patients.

L'arrêté royal du 21 décembre 2001 est également modifié.[7] Certaines dispositions déjà prévues par la loi sur la santé sont également exécutées :

- Exécution de la mesure de la délivrance obligatoire des médicaments les moins chers en cas de prescription en dénomination commune internationale, comme prévu par la loi
- Instauration d'un remboursement sur la base d'un montant forfaitaire (catégorie de remboursement "F"). L'intervention personnelle et/ou le remboursement peuvent être définis comme un montant fixe par indication, traitement ou examen, pour le médicament ou l'ensemble des médicaments qui sont délivrés pour cette indication, ce traitement ou cet examen
- Exécution de la réduction de moitié de l'exception prévue pour les différentes formes de molécules non brevetées, comme prévu par la loi
- Déconnexion des génériques : suppression de la limitation selon laquelle la base de remboursement d'un générique repris dans le remboursement ne peut jamais être supérieure à celle de sa spécialité de référence
- Le système de remboursement de référence pour les médicaments bénéficiant d'une intervention de l'assurance à concurrence de 100 % (catégorie "A") sera approfondi pour stimuler la dynamique de baisse de prix dans le secteur post-brevet
- Les érythropoïétines exclues de plein droit du forfait sont rayées de cette liste de médicaments. Moyennant une modification future de la réglementation, cela devrait permettre d'inclure ces médicaments dans le forfait hospitalier.

Enfin, l'arrêté royal du 7 mai 1991 définit les modalités concrètes du remboursement sur la base d'un montant forfaitaire.[8]

5. Soins de santé mentale

Une nouvelle réglementation entre en vigueur le 1er avril 2012 dans le secteur des soins de santé mentale.[9] Cette réglementation assure le suivi de projets thérapeutiques dans le cadre desquels une concertation a été mise en place pendant 5 ans autour du patient, à titre expérimental.

La nouvelle réglementation examine les aspects suivants :

- délimitation du groupe cible des patients présentant une problématique psychiatrique
- définition du concept de "plan d'accompagnement"

7. A.R. du 12.03.2012 modifiant l'A.R. du 21.12.2001 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, M.B. du 19.03.2012, p. 16190.
8. A.R. du 05.03.2012 modifiant l'A.R. du 07.05.1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 19.03.2012, p. 16189.
9. A.R. du 27.03.2012 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'art. 56, § 2, al. 1er, 3°, de la loi SSI, pour le financement de la participation à une concertation autour du patient psychiatrique, l'organisation et la coordination de cette concertation et la fonction de personne de référence, M.B. du 30.03.2012 (Éd. 3), p. 20560.

- les conditions de rémunération des dispensateurs de soins participant à la concertation autour du patient
- la description des tâches et la rémunération de la personne de référence
- la description des tâches et la rémunération de l'organisateur et du coordinateur de la concertation.

Une rémunération est également prévue pour le suivi administratif et la facturation de la concertation.

La nouvelle réglementation confère un rôle important aux services intégrés de soins à domicile (SISD). En effet, ils jouent un rôle clé dans l'organisation et la coordination de la concertation. Ils peuvent assumer cette tâche eux-mêmes ou conclure un accord en la matière.

6. Frais d'administration des organismes assureurs

En 2012, les organismes assureurs obtiennent conjointement un montant de 17,687 millions d'EUR, ce qui constitue une économie par rapport à l'année précédente. Cette économie est imposée par le contexte budgétaire difficile.[10]

7. Comité d'évaluation de la pratique médicale en matière de médicaments (CEM)

Le Comité d'évaluation de la pratique médicale en matière de médicaments est une section du Conseil scientifique.

Les compétences du Comité portent sur l'évaluation du comportement prescripteur, et non sur l'établissement de seuils au-delà desquels le monitorage du comportement prescripteur peut être instauré. Cette compétence est dès lors abrogée à partir du 9 avril 2012.[11]

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Frais de parcours et de déplacement

L'assurance obligatoire intervient dans les frais de transport des bénéficiaires transportés par un service ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente. L'intervention doit être demandée à l'aide d'un document modèle précisant, à partir du 1er avril 2012, le numéro du trajet ainsi que le numéro INAMI du service ambulancier.[12]

10. Loi du 17.02.2012 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé, M.B. du 17.02.2012 (Éd. 3), p. 11600.
11. Loi du 29.03.2012 portant des dispositions diverses, M.B. du 30.03.2012 (Éd. 3), p. 20537.
12. A.R. du 28.12.2011 modifiant l'A.R. du 26.04.2009 portant exécution de l'art. 34, al. 1er, 28°, de la loi SSI, M.B. du 06.02.2012, p. 8421 et l'erratum, M.B. du 09.02.2012, p. 10197.

b. Prix de la journée d'entretien

Pour la période du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012, le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation pour des motifs urgents dans un pays non lié à la Belgique par un accord multilatéral ou bilatéral réglant cette question, est fixé à 410,97 EUR.[13]

2. Dispensateurs de soins

a. Médecins

ACCORD MÉDICO-MUTUALISTE

Le 21 décembre 2011, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a conclu un nouvel accord pour l'année 2012.[14] Dans le climat économique et financier actuel, la Commission nationale médico-mutualiste accepte de préserver la sécurité tarifaire des patients et d'assumer ses responsabilités dans la réalisation des économies prévues.

Les principales mesures sont les suivantes :

- **Économies**

Une économie de 130 millions d'EUR sera réalisée en 2012. Cette économie s'exécute par une indexation limitée au 1er janvier 2012 et par des mesures structurelles. Les limitations d'index des honoraires pour les consultations, visites, surveillance et trajets de soins seront levées lorsque les mesures structurelles seront exécutées et ce, au plus tard le 1er décembre 2012.

Pour les autres honoraires, la limitation de l'index sera également levée après la réalisation des mesures structurelles.

- **Médecins généralistes**
  - Les honoraires des médecins généralistes sont indexés partiellement de 1,50 % à partir du 1er janvier 2012
  - La mesure "Permanence et disponibilité" est prolongée pour 2012, sans augmentation d'honoraires
  - L'allocation de pratique est portée de 1 500 à 1 650 EUR par an
  - Les montants pour les honoraires de disponibilité sont augmentés de 2,99 % pour 2012
  - Le montant du forfait télématique est maintenu au niveau de 2011
  - La réglementation relative à la prolongation automatique du dossier médical global (DMG) n'est pas changée en 2012. Sa simplification administrative cadrera dans le projet MyCarenet
  - La troisième phase du Fonds d'Impulsion (dite Impulseo III) sera exécutée (voir plus loin).

- **Médecins spécialistes**
  - Les honoraires de consultation, de surveillance et autres prestations dites intellectuelles des médecins spécialistes sont indexés partiellement de 1,50 % à partir du 1er janvier 2012

13. A.M. du 12.01.2012 modifiant l'A.M. du 05.06.1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger, M.B. du 24.01.2012, p. 4713.
14. Accord national médico-mutualiste 2012 du 21.12.2011, M.B. du 23.01.2012, p. 4655.

  - Les prestations spéciales sont indexées de 1 % à partir du 1er janvier 2012, à l'exception des honoraires pour les prestations CT scan, les prestations de la nomenclature pour la médecine d'urgence et certaines prestations d'anesthésiologie. Ces derniers sont maintenus au niveau du 31 décembre 2011
  - Les enveloppes "imagerie médicale" et "biologie clinique" sont fixées respectivement à 1 170 235 milliers d'EUR et 1 224 314 milliers d'EUR.

- Afin d'encourager le conventionnement et l'accréditation, le médecin entièrement conventionné peut faire valoir son droit à un supplément de 434,20 EUR en plus de son intervention forfaitaire d'accréditation.

- La Commission nationale médico-mutualiste poursuivra les mesures suivantes en 2012 :

  - l'évaluation des trajets de soins
  - l'examen de l'évolution du tiers payant social ; le cas échéant, elle proposera des mesures pour promouvoir encore l'accessibilité des soins de première ligne
  - la discussion sur l'organisation des postes de garde
  - l'examen des différences au niveau de l'effet de l'accréditation sur les honoraires des médecins spécialistes accrédités.

FONDS D'IMPULSION MÉDECINE GÉNÉRALE

Le Fonds d'impulsion médecine générale 2012 continue de s'étendre à partir du 1er avril 2012.[15]

Il prévoit désormais une intervention dans :

- une partie du coût salarial du secrétariat d'un médecin généraliste individuel
- une partie des frais de télésecrétariat médical pour le médecin individuel ou en groupement.

Il prévoit également l'installation de médecins généralistes supplémentaires dans une nouvelle série de zones.

- le soutien de l'employé d'un médecin généraliste

Le montant de l'intervention est égal à la moitié du coût salarial réel, avec un maximum de 6 047 EUR par an pour le médecin généraliste agréé et ce, aux conditions suivantes :

- le médecin généraliste gère au moins 150 dossiers médicaux globaux (DMG)
- le médecin généraliste emploie au moins un tiers d'équivalent temps plein, lié par un contrat de travail
- le médecin généraliste utilise un dossier médical électronique labellisé.

La nouvelle réglementation fixe également la possibilité pour le médecin généraliste d'introduire une demande pour les coûts salariaux qu'il a supportés en 2008, 2009 et 2010.

Les montants maximums de l'intervention s'élèvent respectivement à :

- 5 740 EUR pour l'année 2008
- 5 790 EUR pour l'année 2009
- 5 872 EUR pour l'année 2010

15. A.R. du 23.03.2012 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement, M.B. du 30.03.2012 (Éd. 2), p. 20327.

- la prise en charge des frais de télésecrétariat médical.

Pour le groupement de médecins généralistes, le montant de l'intervention est égal à la moitié du coût salarial réel, avec un maximum de 3 474 EUR par an pour chaque médecin généraliste agréé faisant partie d'un groupement, pour autant que les conditions suivantes soient remplies :

- il y a un accord de coopération entre les médecins généralistes agréés du groupement
- le groupement gère au moins 150 dossiers médicaux globaux (DMG) multipliés par le nombre de médecins généralistes agréés ayant souscrit à l'accord de coopération.

L'INAMI a conclu une convention avec le Fonds de participation pour la gestion d'Impulseo III. Les demandes d'intervention doivent être introduites au Fonds de participation pour le 30 juin 2012 au plus tard.

- une nouvelle série de zones pour le soutien à l'installation des médecins généralistes

Impulseo encourage l'installation de médecins généralistes dans un troisième type de zones. Il s'agit de zones à délimitation géographique spécifique (donc pas nécessairement équivalentes au territoire d'une commune) pour lesquelles les cercles de médecins généralistes ont démontré que des médecins généralistes supplémentaires sont nécessaires. Auparavant, il existait déjà des interventions pour l'installation d'un médecin généraliste dans une zone à faible densité médicale par habitant ou dans une zone d'action positive délimitée dans le cadre de la politique des grandes villes.

TRAJETS DE SOINS

Après l'instauration des trajets de soins en 2009, on s'est attelé à fixer des lignes de force quant à leur évaluation au niveau du contenu et au niveau technique. Les médecins généralistes sont tenus de transmettre les données nécessaires à une évaluation correcte entre le 1er mars et le 31 août 2012.Ces données doivent porter sur la période comprise entre la date du début du trajet de soins et le 31 décembre 2011.[16]

b. Kinésithérapeutes

En 2012, il n'y a pas eu d'élections du fait que seule une organisation professionnelle candidate était reconnue comme représentative.[17]

L'INAMI octroie une intervention financière pour le fonctionnement de cette organisation professionnelle représentative, qui a de nouveau été indexée en 2012.[18]

16. A.R. du 14.12.2011 portant modification de l'A.R. du 21.01.2009 portant exécution de l'art. 36 de la loi SSI, concernant les trajets de soins, M.B. du 09.01.2012, p. 579.
17. A.M. du 09.02.2012 fixant l'organisation pratique des élections des représentants des kinésithérapeutes telles qu'elles sont prévues aux art. 211, § 2 et 212 de la loi SSI, M.B. 13.02.2012, p. 10648, A.R. du 08.02.2012 fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des kinésithérapeutes en 2012 est établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, M.B. du 13.02.2012, p. 10647, A.R. du 08.02.2012 déterminant les conditions auxquelles les organisations professionnelles de kinésithérapeutes doivent répondre pour être considérées comme représentatives ainsi que les modalités de l'élection des représentants des kinésithérapeutes au sein de certains organes de gestion de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,M.B. du 13.02.2012, p. 10644.
18. A.R. du 04.03.2012 modifiant l'A.R. du 10.07.2008 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 des kinésithérapeutes, M.B. du 20.03.2012 (Éd. 2), p. 16327.

c. Opticiens

À l'article 96, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la reconnaissance des titres d'opticien se fonde sur l'arrêté royal du 30 octobre 1964. Cet arrêté royal ayant été révoqué, le texte de l'article 96, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 doit dès lors être adapté.

À la demande du Conseil d'agrément des opticiens, l'alinéa 2 de l'article 96 "les pharmaciens porteurs d'un certificat attestant qu'ils ont suivi un cours d'optique" est également supprimé étant donné que ces cours ne sont plus dispensés et que cette situation n'est plus d'actualité.

Les modifications interviennent à partir du 1er mars 2012.[19]

d. Praticiens de l'art infirmier

À partir du 1er juillet 2012, les données de facturation doivent être transmises dans le cadre du régime du tiers payant aux organismes assureurs, par le biais du réseau électronique MyCarenet et non plus sur support magnétique.[20]

e. Centres de soins de jour

Les nouvelles normes relatives aux centres de soins de jour (CSJ) pour patients palliatifs sont fixées à partir du 1er janvier 2012.[21] Ces normes complètent les normes d'agrément adaptées des centres de soins de jour.

Outre quelques dispositions formelles, il s'agit de :

- la distinction entre le forfait octroyé aux centres de soins de jour pour personnes âgées dépendantes et le forfait octroyé aux centres de soins de jour pour personnes souffrant d'une maladie grave (ou aux CSJ pour patients palliatifs)
- l'établissement de la norme de personnel pour les centres de soins de jour pour patients palliatifs, conformément à la norme d'agrément de ces CSJ fixée par le SPF Santé publique.

f. Maisons de repos et de soins et maisons de repos pour personnes âgées

La réglementation relative au financement des maisons de repos et de soins et des maisons de repos pour personnes âgées est modifiée à partir du 1er avril 2012[22] :

- exclusion du financement des membres de personnel qui sont déjà subventionnés dans le cadre du Maribel fiscal ou du Pacte de solidarité entre les générations
- correction des montants de rattrapage destinés aux institutions qui rémunèrent depuis le 1er janvier 2010 les prestations inconfortables de leur personnel
- modification des délais et précisions supplémentaires concernant la formation des personnes de référence en matière de démence
- financement, à partir de 2012, d'une prime pour des titres et qualifications professionnels particuliers. Pour les années 2010 et 2011, cette prime sera financée directement par l'INAMI

19. A.R. du 05.12.2011 modifiant, en ce qui concerne l'agrément des opticiens, l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 12.01.2012 (Éd. 3), p. 1552 et addendum, M.B. du 03.02.2012, p. 8223.
20. Règlement du 27.06.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 23.03.2012 (Éd. 2), p. 18074.
21. A.M. du 14.03.2012 modifiant l'A.M. du 22.06.2000 fixant l'intervention visée à l'art. 37, § 12, de la loi SSI, dans les centres de soins de jour, M.B. du 29.03.2012 (Éd. 2), p. 20139.
22. A.M. du 14.03.2012 modifiant l'A.M. du 06.11.2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'art. 37, § 12, de la loi SSI, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, M.B. du 29.03.2012, p. 20140.

- ajout de la précision suivante : le responsable pour la prise en charge, au sein de l'établissement, de la problématique de la démence et pour la formation du personnel en la matière peut éventuellement aussi être la personne de référence pour la démence.

Enfin, certaines corrections formelles ont été apportées à l'arrêté de financement.

3. Prestations

a. Médecins

NOMENCLATURE

- **Prestations techniques spéciales**

À partir du 1er avril 2012, les honoraires supplémentaires pour prestations techniques urgentes ne peuvent plus être facturés pour les prestations ECG et le monitorage de base des patients hospitalisés. Toutefois, les honoraires peuvent continuer à être facturés pour les patients ambulatoires.[23]

RÈGLES INTERPRÉTATIVES

- **Psychiatrie**

Lors de la modification de la psychiatrie de liaison, une erreur matérielle s'est glissée dans la règle d'application, avec comme conséquence que cette prestation de l'article 25 de la nomenclature ne pouvait plus être attestée dans les services "Sp". La règle interprétative a rectifié ce point : la prestation ne pouvait plus être attestée dans les services "Sp-psychogériatrie" mais bien dans les autres services "Sp".

Après modification de la nomenclature, la règle interprétative est devenue sans objet et est donc abrogée à partir du 1er juillet 2011.

Vu l'abrogation de cette règle, le renvoi vers le médecin-spécialiste en neuropsychiatrie (qui ne pouvait plus attester la prestation depuis le 01.01.2005) est également supprimé.[24]

- **Anesthésiologie**

À partir du 16 janvier 2012, l'anesthésie générale effectuée lors d'un nettoyage prophylactique peut être attestée comme anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue.[25] Il s'agit en l'occurrence de prestations dispensées à des bénéficiaires handicapés physiques ou mentaux qui ne sont pas en état d'acquérir ou de conserver une hygiène buccale quotidienne normale.

- **Dermato-vénéréologie**

À partir du 1er mai 2011, une règle interprétative précise les "champs d'illumination" pour la prestation "traitement par photothérapie dynamique, par utilisation d'un sensibilateur photo et d'un champ d'illumination de lésions prénéoplasiques et néoplasiques de la peau et des muqueuses".[26]

23. A.R. du 20.01.2012 modifiant l'art. 26, § 4, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14.02.2012, p. 10785.
24. Règles interprétatives du 14.11.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 16.01.2012, p. 1984.
25. Règles interprétatives du 14.11.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 16.01.2012, p. 1983.
26. Règles interprétatives du 14.11.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 16.01.2012, p. 1982.

- **Gastro-entérologie**

La prestation “ablation complète d’un ou de plusieurs polypes du côlon au moyen d’une anse diathermique à l’occasion d’une colonoscopie gauche ou d’une colonoscopie totale K 225” ne donne pas lieu au remboursement de l’aide opératoire. Une règle interprétative entrant en vigueur le 16 janvier 2012 précise que s’agissant en l’espèce d’une intervention endoscopique qui ne nécessite l’intervention que d’un seul exécutant, l’aide opératoire est dès lors inexistante.[27]

b. Centres de soins de jour

Le 1er janvier 2012, des mesures contribuant à un meilleur encadrement des personnes atteintes de démence avec perte limitée d’autonomie physique et des patients en soins palliatifs, sont entrées en vigueur.[28] Celles-ci impliquent à la même date une modification de la page verso de l’échelle de Katz ainsi qu’une adaptation du formulaire de demande relatif à l’intervention pour les centres de soins de jour. [29]

c. Orthopédistes

La nomenclature des vêtements compressifs est modifiée en profondeur à partir du 1er mars 2012.[30]

- Élargissement du remboursement à certaines indications :

  Seules les brûlures profondes des 2ème et 3ème degrés répondant à certains critères entraient jusqu’à présent en ligne de compte pour le remboursement des vêtements compressifs.

  Les indications suivantes sont désormais ajoutées à cette liste :

  - les lésions cutanées profondes suite à un sepsis à méningocoques, un syndrome de Lyell ou autre nécrose dermique toxique,
  - les chirurgies reconstructives étendues avec greffe de lambeaux (myo)cutanés.

- Le montant du remboursement des produits est augmenté, ainsi que le nombre de pièces remboursées par patient. Une attention particulière a été accordée aux enfants qui bénéficient de plus de pièces remboursées.

- Un certain nombre de nouveaux produits ont été insérés dans la nomenclature à la suite des évolutions techniques sur le terrain. Il s’agit principalement d’applications en silicone.

- Modification de la procédure de demande : une procédure de notification auprès du médecin-conseil remplace la procédure qui prévoit que le montant de l’intervention est fixé par le Collège des médecins-directeurs. Ceci constitue une simplification de la procédure de remboursement.

27. Règles interprétatives du 14.11.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 16.01.2012, p. 1982.
28. Voir B.I. 2012/1, p. 51.
29. Règlement du 23.12.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l’art. 22, 11° de la loi SSI, M.B. du 11.01.2012, p. 830.
30. A.R. du 25.10.2011 modifiant l’art. 29 de l’annexe à l’A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 24.01.2012, p. 4703 et erratum, M.B. du 14.03.2012, p. 15615.

Conformément aux nouvelles dispositions de la nomenclature, la règle interprétative précisant la période de remboursement des vêtements compressifs après une intervention de chirurgie corrective est abrogée et ce, suite à l'insertion de la définition de la notion de chirurgie corrective tardive dans les articles modifiés. [31]

Les modèles de prescription médicale et de formulaires de notification ont également été fixés.[32]

d. Implants

NOMENCLATURE

- **Orthopédie et traumatologie**

À partir du 1er avril 2012, six nouvelles prestations sont ajoutées au chapitre "Orthopédie et traumatologie" pour les implants utilisés pour l'arthroscopie.[33]

L'ajout de ces prestations permet de résoudre un point de discussion quant au fait que le matériel pour l'arthroscopie pouvait, d'une part, être repris sous le matériel de suture et, partant, être porté à charge du budget des moyens financiers de l'hôpital et, d'autre part, être considéré comme implant attestable au patient.

- **Chirurgie abdominale et pathologie digestive**

L'assurance soins de santé intervient, à partir du 1er avril 2012, dans le matériel (appareil d'hémostase) utilisé lors d'une intervention chirurgicale de l'abdomen figurant à l'article 14 de la nomenclature (prestation 244952-244963).[34]

- **Oto-rhino-laryngologie**

La nomenclature des implants contient depuis le 1er avril 2012 une nouvelle prestation qui donne lieu au remboursement des filtres qui se placent sur une canule trachéale ou un tube de laryngectomie, pour patients avec une trachéostomie.[35] Outre les médecins spécialistes, les pédiatres peuvent également prescrire la prestation remboursable.

RÈGLES INTERPRÉTATIVES

Certaines règles interprétatives sont supprimées à partir du 1er janvier 2012, à la suite de modifications de la nomenclature portant sur l'implantation et le remplacement d'implants actifs. L'objectif de cette modification des prestations et des règles interprétatives est de parvenir à des règles uniformes pour l'implantation et le remplacement d'implants actifs et pour l'implantation et le remplacement d'électrodes ou de cathéters liés au dispositif. Auparavant, ces règles étaient dispersées en divers endroits de la nomenclature.[36]

31. Règles interprétatives du 19.12.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 27.01.2012 (Èd. 3), p. 7110.
32. Règlement du 19.12.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 27.01.2012 (Éd. 3), p. 6893.
33. A.R. du 06.02.2012 modifiant l'art. 35, §§ 1er, 16 et 17, de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 27.02.2012, p. 12787.
34. A.R. du 06.02.2012 modifiant l'art. 35*bis* de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 27.02.2012, p. 12786.
35. A.R. du 08.02.2012 modifiant l'art. 35*bis* de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. 27.02.2012, p. 12789.
36. Règles interprétatives du 21.03.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 16.01.2012, p. 1984.

Certaines dispositions relatives à la physiothérapie sont modifiées à partir du 1er janvier 2012, rendant superflues les règles interprétatives encore applicables dans l'ancienne réglementation.[37] Ces règles interprétatives sont dès lors abrogées.[38]

Enfin, une règle interprétative avec effet rétroactif au 1er avril 2010 permet le remboursement de l'extraction préventive de prothèses mammaires "PIP".[39] Cette intervention est octroyée suite aux recommandations du Conseil supérieur de la santé du SPF Santé publique quant à la nécessité d'enlever d'urgence toutes les prothèses déchirées de ce type et de retirer non pas d'urgence mais bien dans un délai raisonnable les prothèses non déchirées. En effet, le risque que ces prothèses se déchirent est anormalement élevé.

e. Hôpitaux et institutions de soins

Le prix de la journée d'entretien en cas d'admission en hôpital de jour au Service des grands brûlés de l'Hôpital militaire de Neder-Over-Heembeek est fixé à partir du 30 janvier 2012.[40] Auparavant, la prise en charge de l'assurance obligatoire soins de santé se limitait à l'hospitalisation classique.

f. Prestations de biologie clinique

Depuis le 1er mars 2012, il n'y a plus de codes doubles pour les honoraires forfaitaires de biologie clinique.[41] Cette subdivision était basée sur la distinction entre les petits et les gros risques pour les bénéficiaires indépendants, qui est devenue superflue après l'insertion des petits risques pour indépendants.

g. Spécialités pharmaceutiques

Depuis le 1er avril 2012, l'assurance soins de santé prévoit un remboursement en cas de prescription en dénomination commune internationale et, pour deux classes de médicaments pour des traitements aigus, dans tous les cas, uniquement si un médicament alternatif parmi les moins chers est délivré.[42] Cette mesure confère un droit et/ou une obligation de substitution au pharmacien.

37. Voir B.I. 2012/1, p. 54.
38. Règles interprétatives du 28.11.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 01.03.2012, p. 13444.
39. Règles interprétatives du 05.03.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 30.03.2012 (Éd. 3), p. 20604.
40. A.M. du 23.01.2012 modifiant l'A.M. du 12.07.2007 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le prix de la journée d'entretien d'une admission dans le service d'un hôpital militaire spécialement équipé pour soigner des personnes atteintes de graves brûlures qui y sont hospitalisées, M.B. du 30.01.2012, p. 7180.
41. A.R. du 11.01.2012 modifiant l'A.R. du 24.09.1992 fixant les modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations, M.B. 31.01.2012, p. 7417 et l'A.R. du 11.01.2012 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, M.B. du 31.01.2012, p. 7418.
42. Loi du 17.02.2012 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé, M.B. 17.02.2012 (Éd. 3), p. 11600.

III. Indemnités

Incapacité de travail des travailleurs salariés

a. Incapacité primaire apprentis industriels

Le calcul de l'indemnité d'incapacité de travail des apprentis qui, au début de leur incapacité de travail, sont liés par un contrat d'apprentissage pour des professions exercées par des travailleurs salariés, est modifié. Ce nouveau mode de calcul intervient à partir du 1er janvier 2012 et est fixé par règlement du 16 novembre 2011.[43]L'ancienne disposition de l'article 96 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est dès lors abrogée. [44]

b. Autorisation de reprise de travail

La réglementation prévoyait déjà que, à partir d'une date d'entrée en vigueur à déterminer par le Roi, le titulaire en incapacité de travail qui souhaitait reprendre partiellement une activité et conserver la reconnaissance de son incapacité de travail, pouvait également obtenir sous certaines conditions l'autorisation du médecin-conseil de son organisme assureur après la reprise du travail.[45]

À partir du 9 avril 2012, la réglementation prévoit :[46]

- qu'un arrêté royal déterminera sous quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités pourront tout de même être accordées pour la période qui précède la décision du médecin-conseil de l'organisme assureur
- la décision visant à refuser l'autorisation de reprise du travail ou à mettre fin à l'incapacité de travail parce que le titulaire ne conserve pas une réduction de sa capacité d'au moins 50 p.c. sur le plan médical, ne peut produire ses effets qu'à partir du lendemain de la date d'envoi ou de la remise de la décision au titulaire.

IV. Évaluation et contrôle médicaux

Les lois du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (I) et (II)[47], et la loi du 15 février 2012 apportent quelques modifications [48] aux dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 en ce qui concerne le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les litiges réglés par les organes du contentieux au sein dudit Service et les organes eux-mêmes.

43. Voir B.I. 2012/1, p. 59 - Règlement du 16.11.2011 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI, M.B. du 29.12.2011 (Éd. 2), p. 81053 et l'erratum, M.B. du 07.02.2012, p. 8622.
44. Loi du 29.03.2012 portant des dispositions diverses , M.B. du 30.03.2012 (Éd. 3), p. 20537.
45. Loi-programme (I) du 04.07.2011, M.B. du 19.07.2011, p. 42680.
46. Loi du 29.03.2012 portant des dispositions diverses, M.B. du 30.03.2012 (Éd. 3), p. 20537.
47. Loi du 29.03.2012 portant des dispositions diverses, M.B. du 30.03.2012 (Éd. 3), p. 20537 et loi du 29.03.12 portant des dispositions diverses, M.B. du 30.03.2012 (Éd. 3), p. 20558.
48. Loi du 15.02.2012 modifiant la loi SSI et le Code pénal social, M.B. du 08.03.2012, p. 14267.

a. Obligations des prestataires de soins

Il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés :

- de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires *permettant le remboursement* des prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies
- de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi
- de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires qui ne satisfont pas aux formalités strictement administratives qui ne mettent pas en cause les conditions de remboursement des prestations de santé.

b. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux

- La compétence du Service d'évaluation et de contrôle médical s'étend au contrôle de la conformité des prestations avec les dispositions des règlements et des conventions et accords
- Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux exécute la décision du Fonctionnaire dirigeant et, après la disposition de modification, également les décisions du fonctionnaire désigné par lui-même.

c. Le procès-verbal des inspecteurs sociaux

Les dispositions relatives au procès-verbal des inspecteurs sociaux intègrent les références au Code pénal social.

d. Les Chambres de première instance et les Chambres de recours

- À l'instar des Chambres de recours, les Chambres de première instance ont une compétence de pleine juridiction pour connaître des recours contre les décisions du Fonctionnaire dirigeant et des affaires dont ils sont directement saisis
- Les dépenses et frais relatifs aux procédures entamées devant les cours et les tribunaux, ne s'appliquent pas aux procédures entamées devant les juridictions administratives instituées auprès du SECM
- Le fonctionnaire désigné par le Fonctionnaire dirigeant peut saisir les Chambres de première instance, interjeter appel contre les décisions des Chambres de première instance et former un recours en cassation devant le Conseil d'État. Autrefois, selon la lettre de la loi, seul le Fonctionnaire dirigeant y était habilité.

e. La compétence du Fonctionnaire dirigeant

Les critères qui définissent la compétence du Fonctionnaire dirigeant (ou du fonctionnaire désigné par lui) sont élargis, le but étant de réduire l'arriéré accumulé dans le traitement des dossiers.

Ainsi, les critères "indices de manœuvres frauduleuses" et "antécédents dans les 5 années précédant la constatation de l'infraction" sont supprimés au motif qu'ils pouvaient entraîner l'obligation de transférer un dossier du Fonctionnaire dirigeant à la Chambre de première instance, alors même que le montant de l'indu était (largement) inférieur à 25 000 EUR ou que la totalité ou une partie de l'indu avait déjà été remboursée. Le montant précité est actuellement admis comme critère.

f. Les décisions du Fonctionnaire dirigeant et des juridictions administratives

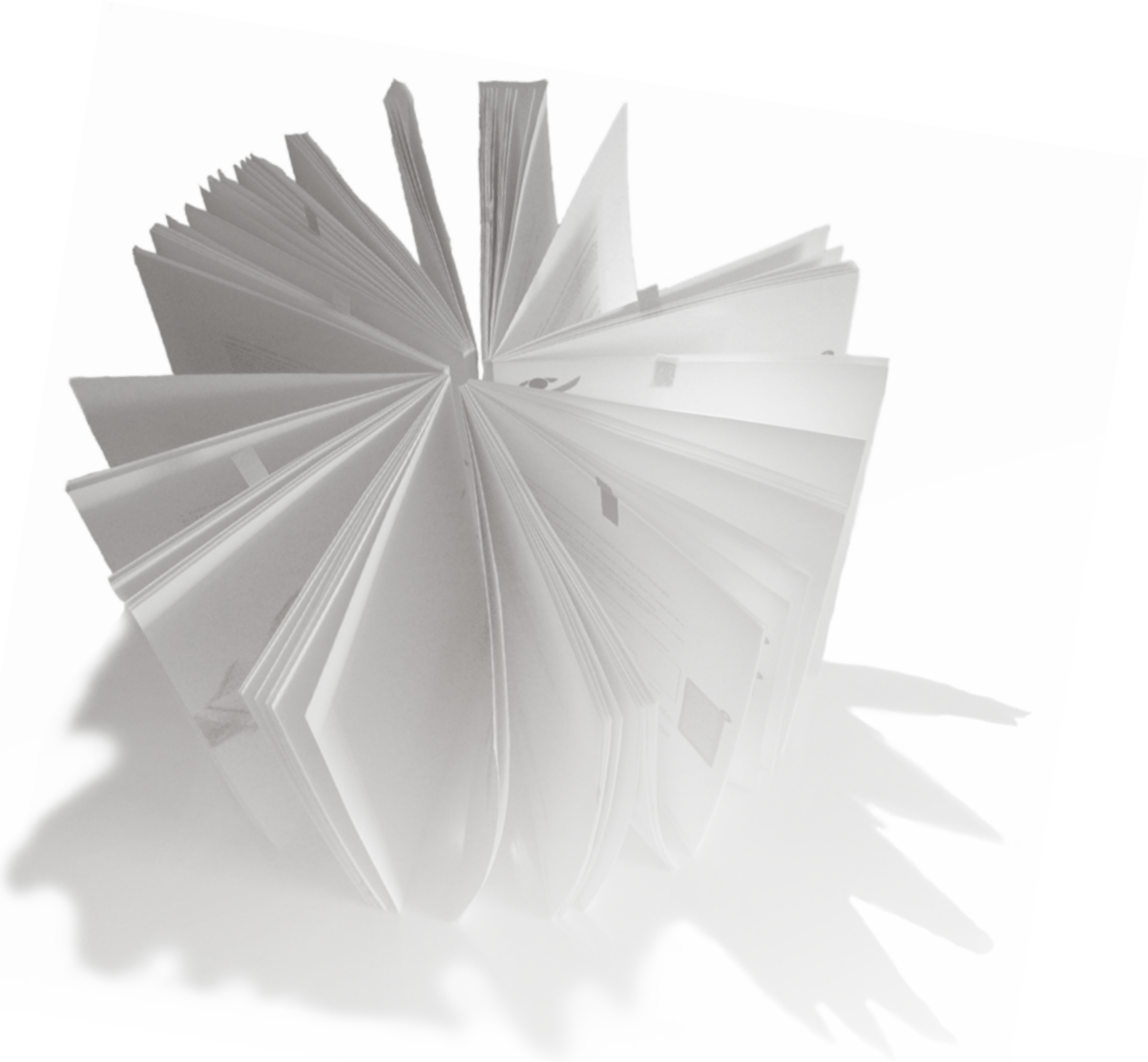
- Les conditions permettant de demander et d'accorder des délais de paiement sont précisées. Ainsi, des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé.
- La date à partir de laquelle les intérêts peuvent être récupérés est fixée de manière précise : les sommes produisent de plein droit des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, à partir du premier jour ouvrable suivant la notification de la décision, le cachet de la poste faisant foi.
- Le délai de recours contre les décisions des Chambres de première instance et des Chambres de recours prend cours le premier jour ouvrable qui suit celui où le pli recommandé, avec accusé de réception, a été présenté au domicile du destinataire ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu.
- Le début du délai de recours est également défini de la même manière pour les recours introduits auprès des Chambres de première instance contre les décisions du Fonctionnaire dirigeant.
- En ce qui concerne les décisions prises par le Fonctionnaire dirigeant, la notification – et non la décision – doit mentionner les éventuels moyens de droit, ce qui autrefois était déjà prévu pour les décisions des Chambres de première instance et des Chambres de recours.
- Le Fonctionnaire dirigeant peut également désigner un fonctionnaire pour effectuer certains actes et prononcer une décision. Dans la logique de la réglementation existante, cette possibilité est étendue à l'octroi total ou partiel d'un délai de paiement pour une amende administrative.
- Seules les décisions définitives du Fonctionnaire dirigeant ou des juridictions administratives sont publiées sur le site web de l'INAMI. Auparavant, cette précision ne figurait pas dans la réglementation.
- Les décisions du Fonctionnaire dirigeant ou des juridictions administratives relatives à la récupération des montants ou au paiement des amendes bénéficient du privilège visé à l'article 19, alinéa 1er, 4°, de la loi hypothécaire du 16 décembre 1851 et ce, au même titre que la récupération, par le Service du contrôle administratif, de prestations payées indûment.

g. Prescription

Le délai de prescription visé à l'article 174, 6°, de la loi coordonnée n'est pas applicable aux procédures de récupération instituées par le SECM à l'encontre d'un dispensateur de soins. Les dispositions du droit commun sont applicables en l'espèce (art. 2262*bis*, § 1er, al. 1er, C.C.).[49]

49. Chambre des Représentants, Doc. 53 2097/001 et 2098/001, p. 37.

3e Partie
Jurisprudence



I. Cour de Cassation, 4 juin 2012

Prestations de santé – Spécialités pharmaceutiques – Appréciation de la valeur thérapeutique
Arrêté royal du 21 décembre 2001, article 1er, 21°, et article 2, annexe I, chapitre IV, paragraphe 228, 3)

En tenant compte de preuves de l'efficacité de la spécialité pharmaceutique, pour apprécier la justification de la différence de traitement que le paragraphe 228, 3) établirait entre les hommes et les femmes, sans vérifier si cette efficacité était démontrée au moment des décisions litigieuses, l'arrêt viole l'article 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001.

R.G. S. 10.0086 F
INAMI c./M.C. et O.A.

…

Seconde branche

À titre subsidiaire, s'il devait être établi qu'une distinction est effectivement créée entre les hommes et les femmes par le paragraphe 228, 3), du chapitre IV-B de l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, tel qu'il a été inséré par l'arrêté ministériel du 7 août 2003, l'arrêt n'est pas légalement motivé en ce qu'il dit que celle-ci n'est pas objectivement et raisonnablement justifiée.

L'arrêt considère en effet que le refus de remboursement du médicament Actonel 35 milligrammes hebdomadaire aux hommes ne peut "être justifié pour des raisons scientifiques" et se fonde, pour décider ainsi, d'une part, sur le "dernier rapport" déposé par le défendeur reprenant des études belges et en annexe, une étude de la K.U. Leuven, et, d'autre part, sur les informations fournies par le site internet de Procter & Gamble et l'autorisation reçue en France de mise sur le marché de l'Actonel.

Ainsi, l'arrêt constate que "(le demandeur) expose, néanmoins, que pendant la période litigieuse, l'efficacité, l'utilité ou la sécurité de l'Actonel, pour traiter l'ostéoporose chez les hommes, n'a pu être établie sur la base d'une étude scientifique". L'arrêt considère cependant que cette critique ne peut plus être retenue puisqu'il "résulte en effet du dernier rapport déposé par (le défendeur) que des études belges concernant la prise hebdomadaire de risedronate par des hommes belges montrent une efficacité identique à celle de la femme. En annexe à ce rapport figure le résumé d'une étude de la K.U. Leuven en ce sens".

Le recours formé par le défendeur était dirigé contre des décisions de sa mutuelle de refus de prendre en charge les frais de l'Actonel 35 milligrammes hebdomadaires du 22 septembre 2006 et du 23 octobre 2006. L'arrêt, qui devait statuer sur une éventuelle discrimination des hommes à l'égard des femmes créée par le paragraphe 228, 3), du chapitre IV-B de l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, inséré par l'arrêté ministériel du 7 août 2003, qui ne prévoit le remboursement de l'Actonel 35 milligrammes hebdomadaire qu'aux femmes ménopausées souffrant d'ostéoporose, devait apprécier l'existence d'une éventuelle discrimination au moment de l'adoption des décisions attaquées.

Le demandeur justifiait ainsi une distinction entre les hommes et les femmes quant à la prise en charge des frais de l'Actonel 35 milligrammes hebdomadaire par des motifs scientifiques, soit par le fait qu'à l'époque litigieuse, l'efficacité, l'utilité et le caractère [non] dangereux de ce médicament pour traiter l'ostéoporose chez les hommes n'avaient pu être établis sur la base d'une étude scientifique. L'arrêt dit que cette justification n'est pas établie au motif que le "dernier rapport déposé par (le défendeur)" contiendrait des études belges et une étude de la K.U. Leuven qui prouveraient que la prise de risedronate par les hommes montre une efficacité identique à celle de la femme. L'arrêt ne constate cependant pas qu'à l'époque des décisions attaquées et qu'il met à néant, soit les 22 septembre et 23 octobre 2006, des études scientifiques avaient déjà pu établir l'efficacité, l'utilité ou la sécurité de la prise d'Actonel par les hommes souffrant d'ostéoporose, et que des motifs scientifiques ne pouvaient alors pas justifier la distinction entre hommes et femmes dans le remboursement dudit médicament, alors que le caractère éventuellement discriminatoire des dispositions fondant les décisions litigieuses de la mutuelle ne pouvait être apprécié qu'au regard de la situation de l'époque des décisions litigieuses, et plus particulièrement des connaissances scientifiques de cette époque. L'arrêt méconnaît ainsi toutes les dispositions légales visées au moyen à l'exception des articles 1315, 1349, 1353 du Code civil, 870 et 1138, 2°, du Code judiciaire, et, à tout le moins, ne contenant pas toutes les constatations de fait (relatives à l'époque des études scientifiques établissant l'efficacité de l'Actonel pour les hommes) permettant à la Cour de vérifier la légalité de sa décision, n'est donc pas régulièrement motivé et viole l'article 149 de la Constitution.

Par ailleurs, l'arrêt constate que, "selon le site internet de la société Procter & Gamble qui commercialise l'Actonel en France", celui-ci serait recommandé pour le traitement de l'ostéoporose chez l'homme, que l'Actonel a obtenu en France une autorisation de mise sur le marché pour le traitement de l'ostéoporose chez l'homme et que ce médicament semble y être remboursé par la sécurité sociale française. Ces faits, affirmés par l'arrêt, ne résultent d'aucune pièce de la procédure à laquelle la Cour puisse avoir égard ni d'aucun document auquel se réfèrerait une telle pièce, et apparaît ainsi comme l'expression d'une connaissance personnelle que la Cour du travail a acquise en dehors du procès. Il n'est, par ailleurs, pas de connaissance générale ou d'expérience commune que le site internet de la société Procter & Gamble indique que l'Actonel serait recommandé pour le traitement de l'ostéoporose chez l'homme, que l'Actonel aurait obtenu en France une autorisation de mise sur le marché pour le traitement de l'ostéoporose chez l'homme, et que ce médicament y serait remboursé par la sécurité sociale française. Partant, l'arrêt, qui fonde son dispositif sur un fait étranger à l'expérience commune que la Cour du travail connaît dès lors de science personnelle et qui n'a pas été soumis à la contradiction des parties, n'est pas légalement justifié. Il viole les articles 1315, 1349, 1353 du Code civil, 870 et 1138, 2°, du Code judiciaire, ce dernier consacrant le principe dispositif et, en raison de ce défaut de contradiction, méconnaît le droit de défense des demandeurs et le principe général du droit relatif au respect des droits de la défense.

III. La décision de la Cour

Quant à la seconde branche :

1. L'article 34, alinéa 1er, 5°, *b)* et *c)*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inclut, parmi les prestations de santé, la fourniture des médicaments et notamment des spécialités pharmaceutiques qu'il décrit.

L'article 35*bis*, § 1er, alinéa 1er, de cette loi charge le Roi de confirmer la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables au 1er janvier 2002, visée à l'article 34, alinéa 1er, 5°, *b)* et *c)*, et autorise le ministre à modifier cette liste à partir de la même date, sur la proposition de la Commission de remboursement des médicaments.

En vertu de l'article 35*bis*, § 2, alinéa 1er, la décision portant sur la modification de la liste comprend une décision qui concerne, entre autres, les indications remboursables et les conditions de remboursement et est prise après une évaluation d'un ou de plusieurs critères, parmi lesquels la valeur thérapeutique de la spécialité.

De la lecture conjointe de cette disposition et des articles 4, 5 et 6 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, dans la rédaction applicable en l'espèce, il résulte que cette décision est prise après une évaluation de la valeur thérapeutique de la spécialité.

Conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités n'intervient que dans les coûts des spécialités figurant dans la liste ; l'intervention peut être subordonnée à des mesures limitatives et dérogatoires déterminées par l'arrêté royal.

2. L'article 1er, 21°, de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 définit la "valeur thérapeutique d'une spécialité" comme la somme de l'évaluation de toutes les propriétés pertinentes pour le traitement d'une spécialité, notamment son efficacité, son utilité et ses effets indésirables. L'article 1er, 16°, dispose qu'une spécialité est "efficace" si l'activité pharmacologique lors de la mise en œuvre dans le cadre d'un examen essai clinique engendre un effet thérapeutique ; l'article 1er, 17°, qu'elle est "utile" si elle est efficace et si l'examen atteste que son utilisation dans la pratique quotidienne permet d'atteindre le but escompté du traitement ; l'article 1er, 18°, définit les "effets indésirables".

L'article 5, § 1er, de l'arrêté royal prévoit la classification des spécialités pharmaceutiques suivant leur valeur thérapeutique démontrée.

3. Il résulte des dispositions précitées que le remboursement d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication déterminée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, dépend de sa valeur thérapeutique pour cette indication et, en particulier, de son efficacité, telle qu'elle peut être évaluée au moment de l'inscription de la spécialité sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et, au plus tard, au moment de la décision de la mutualité sur la demande de remboursement formée par le patient.

4. Le paragraphe 228, *3)*, du chapitre IV de l'annexe I de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001, dans sa rédaction applicable au moment des décisions litigieuses de la défenderesse, dispose que la spécialité Actonel 35 milligrammes hebdomadaire ne fait l'objet d'un remboursement que s'il est démontré qu'elle est administrée pour le traitement de l'ostéoporose chez une femme ménopausée, à certaines conditions.

5. L'arrêt constate que le défendeur, qui est un homme, souffre d'ostéoporose, que, le 1er septembre 2006, il s'est vu prescrire le médicament Actonel 35 milligrammes hebdomadaire pour traiter cette maladie et que, par une décision du 22 septembre 2006 et une décision de confirmation du 23 octobre 2006, sa mutualité, la défenderesse, lui a refusé le remboursement de ce médicament au motif que la demande "ne respect[ait] pas les critères légaux prévus au chapitre IV" de l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001.

L'arrêt considère que le paragraphe 228, *3)*, précité établit une différence de traitement entre les hommes et les femmes.

6. Pour justifier la limitation du remboursement au traitement de l'ostéoporose des femmes ménopausées, que ce paragraphe 228, *3)*, instaure, le demandeur faisait valoir que, au moment des décisions litigieuses de la défenderesse, l'efficacité, l'utilité ou la sécurité de la spécialité n'étaient établies sur la base d'études scientifiques que pour cette indication et qu'elles ne l'étaient pas pour l'ostéoporose des hommes.

L'arrêt considère qu' "actuellement", c'est-à-dire au moment où il statue, cette justification "ne peut plus être retenue", parce que, selon l'arrêt, des éléments de preuve établissent que la spécialité présente la même efficacité pour traiter l'ostéoporose chez l'homme que chez la femme.

7. En tenant compte de preuves de l'efficacité de la spécialité pharmaceutique, pour apprécier la justification de la différence de traitement que le paragraphe 228, *3)*, précité établirait entre les hommes et les femmes, sans vérifier si cette efficacité était démontrée au moment des décisions litigieuses, l'arrêt viole l'article 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001.

Dans cette mesure, le moyen, en cette branche, est fondé.

…

II. Conseil d'État, section du contentieux administratif, 30 mai 2012

Loi du 14 juillet 1994, articles 34 et 35
Nomenclature – Ostéodensitométrie – Catégorie médecins spécialistes

Il ne revient pas au Conseil d'État de trancher la controverse qui oppose des médecins spécialistes quant aux catégories d'entre eux qui sont les plus qualifiés pour prescrire l'ostéodensitométrie en manière telle que le patient puisse en obtenir le remboursement.

Une limitation du remboursement aux prestations effectuées par certains spécialistes ne constitue pas, en l'espèce, une limitation de la liberté thérapeutique des prescripteurs ou de la liberté de choix des patients.

Enfin, au regard du parcours d'adoption de l'acte attaqué, celui-ci rentrait bien dans le cadre des compétences du gouvernement en affaires courantes.

Arrêt n° 219 559
ASBL B.B.C., R.J.L., B.J.J., B.S., P.Y et Z.J.c./État belge

…

VI. Premier moyen

VI.1. Arguments des parties

Les requérants prennent un premier moyen “de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, des articles 34 et 35 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, de l’arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice de l’art de guérir, de l’art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, notamment de son article 11, des principes généraux du droit, notamment de celui de proportionnalité et du principe de bonne administration qui exclut l’erreur manifeste d’appréciation et implique l’obligation de motivation matérielle de tout acte administratif, l’interdiction de l’arbitraire et la nécessité de faire reposer toute décision sur des motifs exacts, pertinents et admissibles”.

Ils soutiennent que l’acte attaqué permet le remboursement de l’examen réalisé par la technique de l’absortiométrie radiologique à double énergie lorsque cet examen est réalisé par les seuls médecins spécialisés en radiologie, rhumatologie ou médecine nucléaire, alors que les principes d’égalité et de non discrimination s’opposent à ce qu’une prestation ne soit pas remboursée lorsqu’elle est réalisée par un médecin qui ne dispose pas de l’une de ces spécialités mais qui est spécialisé en physiothérapie, en endocrinologie, en gynécologie, en gériatrie, en médecine physique ou en médecine interne, ou que des situations comparables soient réglées d’une manière à engendrer une différence de traitement injustifiée.

….

VI. 2. Décision du Conseil d’État

Les choix de politique de santé doivent se concilier avec le respect des principes d’égalité et de non discrimination.

En l’espèce, malgré l’ampleur de leur argumentation, les requérants restent en défaut d’établir que le choix qui a déterminé l’adoption des dispositions attaquées méconnaît les articles 10 et 11 de la Constitution.

La partie adverse peut être suivie en ce qu’elle affirme, dans son mémoire en réponse, que ce choix est objectif et que ses effets ne sont aucunement disproportionnés.

Pour le surplus, les critiques des requérants portent sur l’opportunité de la formule choisie par la partie adverse et non sur sa légalité.

Il ne revient pas au Conseil d’État de trancher la controverse qui oppose des médecins spécialistes quant aux catégories d’entre eux qui sont les plus qualifiés pour prescrire l’ostéodensitométrie en manière telle que le patient puisse en obtenir le remboursement.

Le moyen n’est pas fondé en ce qu’il est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution.

Il ne l’est pas davantage en ce qu’il est pris de la violation de l’article 11 de l’arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967.

Les requérants restent en défaut d’établir que les dispositions visées imposeraient aux praticiens de l’art médical une limitation réglementaire dans le choix des moyens auxquels il convient de recourir pour poser le diagnostic ou pour déterminer ou exécuter le traitement.

En effet, tous les praticiens de l'art de guérir restent en mesure de prescrire l'examen d'ostéodensitométrie.

Le fait que cet examen ne soit admis au remboursement que sur la prescription de certains médecins spécialistes ne contrevient pas à la liberté thérapeutique des prescripteurs ni à la liberté de choix des patients, ceux-ci pouvant soit s'adresser directement à un médecin spécialiste en radiologie, en rhumatologie ou en médecine nucléaire et obtenir le remboursement soit y être envoyé par un médecin relevant d'une autre spécialité.

La prestation considérée s'avérant être une prestation technique, la circonstance qu'un patient doit, pour pouvoir être remboursé, la faire effectuer par un médecin spécialiste agréé en radiodiagnostic, en rhumatologie ou en médecine nucléaire, n'a pas pour effet de l'empêcher de se rendre chez son médecin traitant pour poursuivre son traitement.

C'est encore en vain que les requérants font état d'une violation de l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 en ce qu'il serait fondé sur un accord médico-mutualiste devenu caduc.

S'il est exact que l'accord médico-mutualiste 2008 a été pris en compte lors de l'élaboration de l'arrêté royal attaqué, le fait qu'il n'était plus en vigueur au moment de l'adoption de celui-ci ne le prive ni de sa base légale ni de ses motifs.

C'est indûment, enfin, que les requérants invoquent la violation des principes de proportionnalité et de bonne administration.

Sans doute l'équilibre budgétaire aurait-il pu être atteint par la fixation de conditions distinctes de celles que prévoient les dispositions attaquées.

Ceci n'emporte nullement que la partie adverse ait commis une erreur manifeste d'appréciation en retenant le critère de la spécialisation des médecins pouvant accomplir ces prestations.

Le moyen n'est pas fondé.

VII. Second moyen

VII.1. Arguments des parties

Les requérants prennent un second moyen "de la violation des articles 33, 36, 37, 88, 101, 106 et 195 de la Constitution, de l'incompétence de l'auteur de l'acte, du principe général de droit en vertu duquel le gouvernement fédéral est limité à l'expédition des affaires courantes lorsqu'il [n'est plus] plus responsable devant les assemblées législatives".

....

VII. 2. Décision du Conseil d'État

Lorsqu'un gouvernement ne dispose plus de la plénitude de ses pouvoirs pendant la période où il échappe au contrôle des assemblées élues, il peut uniquement expédier les "affaires urgentes" et "les affaires courantes".

Les affaires urgentes s'entendent de celles dont le règlement ne souffre aucun retard sous peine de mettre en danger des intérêts fondamentaux ou de leur porter préjudice. Les affaires courantes, s'entendent de celles de peu d'importance et de celles déjà en cours dont l'achèvement n'implique pas des choix politiques importants.

L'arrêté royal attaqué a pour objet de réintroduire la prestation d'ostéodensitométrie dans la nomenclature des prestations de soins et de fixer les conditions qui s'y attachent.

L'exposé des faits et les pièces de la procédure permettent d'apercevoir que l'adoption de l'arrêté royal attaqué n'a fait l'objet d'aucune précipitation particulière mais quel est le résultat d'une procédure entamée bien avant le 22 avril 2010, date à laquelle le gouvernement a remis sa démission au Roi et le 7 mai 2010, date de la publication au Moniteur belge de la déclaration de révision de la Constitution.

Il est question en effet de l'ostéodensitométrie dans l'accord national médico-mutualiste 2008.
La proposition du conseil technique médical a été formulée le 28 avril 2009.
Le service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI a donné son avis le 28 avril 2009.
La commission nationale médico-mutualiste s'est prononcée le 22 juin 2009.
Le comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI s'est prononcé le 27 juillet 2009.
L'inspecteur des finances a donné son avis le 29 octobre 2009.
Le Secrétaire d'État au Budget a donné son accord le 19 novembre 2009.

La section de législation a été saisie d'une demande d'avis sur un projet appelé à devenir l'arrêté royal attaqué le 27 novembre 2009 et elle a donné cet avis le 3 mars 2010.

L'arrêté attaqué qui règle un point particulier de l'assurance soins de santé et indemnités, apparaît ainsi comme la conclusion d'un processus d'élaboration largement engagé avant la démission du gouvernement.

Celui-ci a pu valablement l'adopter le 2 juin 2010.

Le moyen n'est pas fondé.

…

III. Cour du travail de Mons, 26 avril 2012

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 – État antérieur

Ni une courte période de travail, ni le fait que l'appelante ait pu prétendre à des allocations de chômage ne suffisent pour conclure à l'existence d'une capacité de gain initiale.

L'assurance maladie-invalidité étant d'ordre public, un assuré ne peut tirer de droits acquis d'une éventuelle reconnaissance antérieure et erronée d'une incapacité de travail.

R.G. 2011/AM/265
S.Y. c./INAMI et O.A.

…

L'article 100 de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités subordonne la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail à la réunion de trois conditions :

1. le travailleur doit avoir cessé toute activité,

2. la cessation de celle-ci doit être la conséquence du début ou de l'aggravation des lésions ou de troubles fonctionnels,

3. le travailleur doit subir une réduction des deux tiers de sa capacité de gain.

En application de cette disposition, aucune reconnaissance de l'incapacité de travail ne peut être accordée si, au moment de l'interruption de l'activité, l'état de santé du travailleur ne s'est pas aggravé par rapport à son état de santé existant à l'époque où il a commencé à travailler, soit par la survenance d'une nouvelle affection, soit par l'aggravation d'une affection existante (Cass., 01.10.1990, J.T.T. 1990, p. 465).

La *ratio legis* de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est "*d'exclure du régime de l'assurance maladie, les personnes dont la capacité de gain était déjà fortement entamée au moment de leur entrée sur le marché du travail et qui, en fait, n'ont jamais été aptes à travailler. (cf. A.R. n° 22, 23.03.1982, Rapport au Roi, M.B., 25.03.1982)" ("aperçu de la jurisprudence relative à la situation préexistante (art. 100, § 1er de la loi coordonnée le 14.07.1994)*", L. VERBRUGGEN, B.I.-INAMI, 1998/4, pp. 557 et suiv.).

En conséquence, une reconnaissance de l'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1er de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 n'est pas possible lorsque la réduction de la capacité de gain est la conséquence d'une situation préexistante. Si, au moment de l'entrée sur le marché du travail, la capacité de gain est à ce point réduite que l'intéressé n'a en fait jamais été capable de travailler, l'aggravation de son état de santé n'ouvrira pas le droit à des indemnités de maladie (C.T. Anvers, section de Hasselt, 15.02.2007, B.I.-INAMI 2007/2, p. 225).

Par ailleurs, l'assurance maladie-invalidité étant d'ordre public, un assuré ne peut tirer de droits acquis d'une éventuelle reconnaissance antérieure et erronée d'une incapacité de travail.

En l'espèce, si, à aucun moment, il n'a été question de mettre fin à l'incapacité à partir du 5 novembre 2010 au motif que la cessation des activités n'était pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels, s'agissant d'une matière relevant d'une législation d'ordre public, il ne pourrait se concevoir qu'une situation médicale non conforme aux principes d'intervention de l'assurance maladie-invalidité puisse indéfiniment se maintenir au profit de l'appelante.

Il s'ensuit qu'il s'impose d'apprécier l'existence d'une aptitude au travail au moment de l'entrée sur le marché de l'emploi.

Déterminer si l'interruption de l'activité constitue la conséquence directe d'une aggravation de l'état de santé ne pose guère de problème lorsqu'au début de la période d'incapacité, la personne était effectivement au travail ou, à tout le moins, lorsqu'elle a eu, au cours de la même période d'assurance, des périodes d'activité établissant qu'à un moment donné elle a été apte au travail.

L'entrée sur le marché du travail correspond soit au moment où la personne qui quitte le milieu scolaire acquiert ou tente d'acquérir des moyens d'existence grâce à un travail régulier soit au moment où cette personne se déclare prête à acquérir des moyens d'existence en se déclarant disposée à effectuer un tel travail : de courtes périodes d'occupation professionnelle ne constituent pas la preuve d'une capacité de gain préalable et suffisante sur le marché du travail régulier (C.T. Anvers, 26.04.2005, B.I.-INAMI, 2005/4, p. 457 ; S. HOSTAUX, "*Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*" Larcier, Droit social, 2009, p. 260 ; C.T. Bruxelles, 30.06.2008, B.I.-INAMI, 2008/4, p. 575).

En l'espèce, le fait que l'appelante ait travaillé, ne prouve pas l'existence d'une capacité de gain, dès lors que la période de travail est très courte (voir rapport du C.M.I. : 2 semaines en qualité d'agent d'entretien dans un home).

À fortiori, le fait que l'appelante ait pu prétendre à des allocations de chômage ne suffit pas non plus pour conclure à l'existence d'une capacité de gain.

En telle hypothèse, vu les conséquences extrêmement lourdes de la reconnaissance d'un état antérieur, il s'impose, *avant de purement et simplement rejeter la personne concernée du système de l'assurance maladie-invalidité et de l'orienter vers le régime des prestations aux personnes handicapées ou de l'aide sociale à titre extrêmement subsidiaire*, de faire vérifier l'état antérieur par un médecin expert.

…

IV. Cour du travail de Bruxelles, 26 avril 2012

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 – Retour à l'état antérieur

Lorsque l'assuré est revenu à l'état de santé qui était le sien avant le début de son incapacité de travail, il ne peut plus être reconnu incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée.

R.G. 2011/AB/476
T.A. c./INAMI

…

II. Les Conclusions du rapport d'expertise

Attendu que les conclusions du rapport d'expertise étaient libellées comme suit :

"À la date du 23 avril 2008 et postérieurement, la cessation par Madame T. de toute activité, n'est pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels entraînant 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 lequel se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressée au moment où elle est devenue incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'elle a ou qu'elle aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

À la date où Madame T. est entrée sur le marché du travail, nous considérons que cette personne était déjà grevée par de lourdes pathologies, la rendant quasi incapable d'émarger sur le marché du travail de façon durable.

Ultérieurement, il est possible que le cas de Madame T. se soit aggravé (notamment sur le plan psychologique), mais cette aggravation n'est pas significative par rapport à l'impact des pathologies qui constituaient son état antérieur.

En conséquence, Madame T. **ne répond pas** *à l'article 100, § 1er de la loi coordonnée du 14 juillet 1994".*

- Le Tribunal du Travail de Bruxelles estima qu'il n'y avait pas lieu de procéder à un complément d'expertise et qu'il convenait dès lors d'entériner les conclusions du rapport d'expertise qui était bien motivé (jugement 3ème feuillet).

…

IV. Position de la cour

Attendu que la Cour considère ce qui suit :

- Il résulte des conclusions de Madame T. que celle-ci craint surtout que la Cour décide, en suivant l'expert M. L., que Madame T. n'a *jamais eu de capacité de gain,* au motif qu'une telle constatation pourrait avoir des répercussions fâcheuses aussi bien en matière de chômage qu'en matière d'assurance indemnités (voir supra).
- Certes, certaines phrases de l'expert sont équivoques, notamment lorsqu'il affirme que "*Madame T. n'a jamais eu d'activité professionnelle*" (rapport, p. 12)
- Il en est de même lorsque l'expert déclare que *"À la date où Madame T. est entrée sur le marché du travail nous considérons que cette personne était déjà grevée de lourdes pathologies la rendant quasiment incapable d'émarger sur le marché du travail de façon durable"* (rapport, p. 21).
- Ces considérations ne correspondent pas à ce qui a été demandé à l'expert, à savoir si, à la date du 23 avril 2008, Madame T. présentait encore une aggravation de son état de santé, qui s'était manifestée en 2006.
- Il n'était pas demandé à l'expert d'émettre des considérations sur les possibilités qu'aurait Madame T. de rester active sur le marché de l'emploi de façon durable.
- Le problème qui se pose ici est le problème classique du *"retour à l'état antérieur"* que l'on peut décrire de la manière suivante :
  - Une personne dont la santé est déjà altérée arrive cependant à trouver un emploi qu'elle peut exercer malgré les pathologies dont elle est atteinte
  - Suite à un accident, à une maladie, à une aggravation des lésions dont elle est atteinte ou encore à l'apparition de nouvelles lésions, cette personne peut être reconnue en incapacité de travail pour une période plus ou moins longue
  - Lorsque cette aggravation des lésions disparaît, il est mis fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail, parce que la personne concernée est revenue à *"son état (de santé) antérieur"*, c'est-à-dire celui qui était le sien lorsqu'elle se trouvait sur le marché du travail, nonobstant les pathologies qu'elle présentait déjà.
- À cet égard, il a été jugé ce qui suit :

La notion d'incapacité de travail : principes

- Aux termes de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi coordonnée), est reconnu comme étant incapable de travailler le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou 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 de cette disposition que l'on ne peut reconnaître une incapacité de travail si, au moment de l'interruption de l'activité, l'état de santé du travailleur concerné ne s'est pas aggravé par rapport à celui qu'il présentait au moment où il avait commencé à travailler, que ce soit par l'aggravation d'une affection préexistante ou par la survenance d'une nouvelle lésion
- L'existence d'un lien de causalité entre le début ou l'aggravation des lésions ou des troubles fonctionnels et la cessation de toute activité est en outre requis. L'exigence de ce lien causal a été introduit par l'Arrêté royal n° 22 du 23 mars 1982 dans la définition de l'incapacité de travail tout comme l'exigence du début ou de l'aggravation des lésions ou troubles fonctionnels suite à un arrêt de cassation du 26 mars 1979 (R.D.S., 1979, p. 236) dans lequel il était précisé que la définition de l'incapacité de travail dans l'article 56 de la Loi du 9 août 1963 (devenu l'art. 100 de la loi coordonnée) ne faisait aucune distinction selon la cause des lésions et troubles fonctionnels ni selon l'état de santé antérieur du travailleur
- En d'autres termes, avant la modification législative de 1982, il ne fallait pas tenir compte du fait que le travailleur présentait déjà, avant d'arrêter le travail, les lésions et troubles fonctionnels qui diminuaient sa capacité de gain (voir C.T. Liège, 04.05.1987, Chron. Drt. Soc. 1988, p. 99)
- La *ratio legis* de la Loi de 1982 était donc d'exclure du régime AMI "les personnes dont la capacité de gain était déjà fortement entamée au moment de leur entrée sur le marché du travail, et qui, en fait, n'avaient jamais été aptes à travailler" (L. VERBRUGGEN "Aperçu de la jurisprudence relative a la situation préexistante", B.I.-INAMI, 1998/4, 557)
- Dans son arrêt de principe du 1er octobre 1990, la Cour de cassation a cependant clairement décidé que, *pour* déterminer la réduction de la capacité de gain, c'est-à-dire *évaluer l'incapacité de travail*, il y a lieu de considérer l'ensemble des lésions et troubles fonctionnels présentés par le titulaire au moment de l'interruption du travail et pas seulement des lésions ou troubles fonctionnels nouveaux ou l'aggravation qui est la cause directe de l'interruption du travail (Cass. 01.10.1990, Chr. Drt. Soc. 1991, p. 111)
- Dans un arrêt du 28 janvier 1992, la Cour du travail de Liège a statué dans le même sens en décidant que c'était à tort que le premier juge avait enjoint à l'expert de faire abstractions des séquelles de l'accident du travail dont le travailleur intéressé avait été victime (J.T.T. 1993, p. 247; voir aussi C.T. Liège, 9e ch., 09.10.1991, R.G. n° 2 194/91).
- C'est donc assez curieusement que l'O.A. rejette cette jurisprudence en relevant que "seuls deux arrêts de la Cour du travail de Liège sont cités, dont un non publié, ainsi qu'un arrêt de cassation en rapport avec l'article 100 de la loi du 9 août 1963 sur la question de savoir s'il y a lieu de considérer l'ensemble des lésions et troubles fonctionnels que le titulaire présente au moment de l'interruption de travail ou seulement les lésions et troubles fonctionnels nouveaux ou l'aggravation qui est la cause directe de l'interruption du travail et en soulignant «qu'aucune jurisprudence émanant de la Cour du travail de Bruxelles n'est citée" (concl. princ. O.A., p. 10)
- Faut-il qu'une jurisprudence émane de la Cour appelée à statuer pour devoir être suivie ?
- La Cour de céans signalera l'existence d'un arrêt rendu le 7 novembre 1991 par la Cour du travail de Bruxelles (statuant comme juridiction de renvoi après l'arrêt de cassation du 01.10.1990) dans lequel la Cour du travail, après avoir retracé l'évolution législative de l'article 56 de la Loi du 9 août 1963 (modifiée par l'A.R. n° 22 du 23.03.1982) décida ce qui suit:

" Il résulte du nouveau texte de loi repris ci-avant et au surplus commenté qu'aucune reconnaissance d'incapacité de travail ne peut être obtenue si l'état de santé du travailleur concerné ne s'était pas aggravé, au moment de l'interruption de l'activité professionnelle, par rapport à ce qu'il était au début de son activité. À ce sujet, il est établi et non contesté que l'appelant était effectivement atteint de silicose au moment de sa dernière activité, silicose qu'il avait contractée durant son activité exercée comme mineur et qu'il fut au surplus atteint de cécité à l'oeil gauche durant son activité de travailleur indépendant qui y succéda, cependant qu'il fut en outre atteint de lésions dorsales au cours de sa dernière activité professionnelle, en telle manière que son état s'était aggravé au moment de l'interruption de sa dernière activité et même que, dans cette mesure, l'interruption de cette activité en était la conséquence directe.

L'appelant se trouvait en conséquence dans la situation visée par l'article 56, § 1er, alinea 1er de la loi AMI (NB : = art. 100 actuel de la loi coordonnée).

Il ne peut être déduit des dispositions de cet article, ainsi que le décida le premier juge, et donc à tort, que lorsque comme en l'espèce, l'interruption de l'activité est la conséquence directe d'une aggravation de l'état de santé, celui- ci ne doit pas être considéré dans son ensemble mais uniquement sur base de la lésion nouvelle (le mal au dos)et/ou de l'aggravation des lésions ou troubles fonctionnels préexistants considérés en eux-mêmes. Il n'est pas contesté a cet égard que l'état de santé de l'appelant considéré dans son ensemble a diminué sa capacité de gain à moins d'un 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'appelant lorsqu'il devient incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle. C'est donc à tort que le médecin-conseil de l'intimée déclara, dans la décision querellée du 12 novembre 1984, que l'appelant n'était plus incapable de travailler à partir du 19 novembre 1984 (C. T. Bruxelles, 7e ch, 07.11.1991, Jurisp. Droit Social Bruxelles-Louvain-Nivelles, traduction libre)."

(C. T. Bruxelles, 28.06.2007, R.G. n° 45.760)

- Dans le cas de Madame T., les pathologies qu'elle présentait tout en travaillant sont essentiellement des maux de dos et des troubles dépressifs
- Lors de la discussion médico-légale du 17 avril 2008, les médecins du CMI de l'INAMI avaient noté ce qui suit:

"Retour état antérieur. Le motif d'arrêt de travail est un blocage lombaire au travail en 2006. La dépression était dejà présente bien avant la mise sur le marché du travail. Les lombalgies étaient elles aussi déjà présentes depuis longtemps. Nous n'avons pas de notion d'aggravation flagrante et permanente pour les deux affections. Il nous faut donc considérer qu'il y a retour à l'état antérieur" (dossier administratif de l'INAMI, pièce 2).

- C'est dans ce sens qu'il faut comprendre l'expert M. L. lorsqu'il déclare que: *"Ultérieurement, il est possible que le cas de Madame T. se soit aggravé (notamment sur le plan psychologique), mais cette aggravation n'est pas significative par rapport à l'impact des pathologies qui constituaient son état antérieur"*
- En conclusion, malgré certaines phrases malencontreuses de l'expert, ses conclusions ne peuvent laisser aucun doute: pour lui, Madame T. est revenue à l'état de santé qui était le sien avant le début de son incapacité de travail (suite à un blocage au dos le 10.10.2006)
- L'on relèvera, pour autant que de besoin, que l'INAMI ne conteste pas la capacité de gain de Madame T. La thèse de l'INAMI consiste précisément à affirmer que, à la date du 23 avril 2008, cette capacité de gain existait à nouveau !
- D'ailleurs, lorsqu'elle a été examinée le 19 mai 2008 par un médecin, conseiller en prévention-médecin du travail, celui-ci a recommandé un travail léger, surtout assis pour une durée d'un an
- Ceci prouve non seulement que Madame T. a bien une capacité de travail, même si c'est pour un travail en position assise, mais cela prouve surtout qu'à cette date, sa capacité de travail et donc sa capacité de gain a été reconnue par un organisme indépendant et ce, un mois après la décision de l'INAMI
- Il résulte des éléments qui précèdent que du 23 avril 2008 au 16 septembre 2011 inclus, Madame T. n'était plus en invalidité au sens de l'article 100 de la loi coordonnée. Elle a donc recouvré sa capacité de gain au cours de cette période
- C'est dès lors à bon droit que le Tribunal du Travail de Bruxelles a déclaré le recours de Madame T. non fondé, mais pour d'autres motifs que ceux retenus par le premier juge qui a considéré erronément que Madame T. n'avait pas eu de capacité de gain.

…

V. Cour du travail de Bruxelles, 28 juin 2012

Code judiciaire, article 991 – Taxation de l'état d'honoraires et frais de l'expert – Contestation – Rapport de carence

Lorsqu'il existe des incertitudes quant au point de départ du délai de 30 jours, le juge qui taxe l'état d'honoraires et frais de l'expert, doit prendre en compte la contestation de celui-ci, même si elle a été réceptionnée au greffe plus de 30 jours après réception du rapport au greffe.

Pour un rapport de carence l'état doit être réduit au montant dû pour les frais administratifs.

R.G. 2011/AB/987
INAMI c./B.J. et K.S.

…

I. Objet de l'appel

Attendu que l'appel est dirigé contre une décision de taxation d'honoraires effectuée le 28 septembre 2011 par le Tribunal du travail de Bruxelles, taxant les honoraires demandés par le Dr B. à la somme de 263,55 EUR ;

Attendu que l'INAMI estime ce montant excessif dès lors que le Dr B. n'a rendu qu'un rapport de carence (…)

II. Faits et antécédents de procédure

…

- Le 17 août 2011, le Dr B. déposa un rapport de carence
- À la même date, le Dr B. adressa son état d'honoraires pour taxation au Tribunal du travail de Bruxelles
- Toutefois, ce ne fut que le 22 septembre 2011 que le Greffe du Tribunal du travail de Bruxelles s'adressa au conseil de l'INAMI pour lui communiquer l'état d'honoraires du Dr B. et pour lui demander si l'INAMI allait marquer son accord à ce sujet
- Ce ne fut que le 23 septembre 2011 que l'INAMI put prendre position (refus de payer 263,55 EUR pour un rapport de carence) et envoya un fax au greffe du Tribunal à cette même date
- Ce refus de l'INAMI était annexé à la décision de taxation du 28 septembre 2011 pour un montant de 263,55 EUR. Le Tribunal du travail de Bruxelles ne tint pas compte des observations de l'INAMI pourtant dûment motivées
- L'INAMI interjeta appel le 28 octobre 2011. Il demande à la Cour du travail de réduire le montant des honoraires du Dr B. à la somme de 103,31 EUR, soit le montant des frais administratifs.

...

III. Thèse de l'inami et position de la cour

Attendu que l'INAMI fonde principalement son appel sur les moyens suivants :

- Le Dr B. a taxé ses honoraires comme suit :
  - honoraires personnels de l'expert neuropsychiatre : 210,46 EUR
  - frais administratifs : 53,09 EUR

Total : 263,55 EUR

- L'INAMI étaye son appel comme suit :

"Qu'à titre liminaire, l'appel de l'exposant contre la décision de taxation de l'état de l'expert est introduit par application de l'article 963 du code judiciaire (Mougenot D. "La loi du 30.12.2009 "réparant" la procédure d'expertise judiciaire", J.T. 2010, n° 6 389, pp. 201 et s., n° 45 ; cf également MIGNOLET O. "Nouveauté en matière d'expertise", op. cit., p. 70 et les références citées).

Que par dérogation à l'article 1068, al. 1er l'appel formé contre cette décision ne saisit pas du fond du litige le Juge d'appel (al. 2, art. 963, C.J).

1. Non respect de l'article 991 du Code judiciaire et violation des droits de la défense de l'exposant

Que la décision du 28 septembre 2011 précitée taxe d'état de l'expert à 263,55 EUR par application de l'alinéa 1er de l'article 991 du Code judiciaire qui dispose que :

"Si, dans les 30 jours du dépôt de l'état détaillé au greffe, les parties n'ont pas, conformément au § 2, informé le juge qu'elles contestent le montant des honoraires et des frais réclamé par l'expert, celui-ci est taxé par le juge au bas de la minute de l'état et il en est délivré exécutoire conformément à l'accord intervenu entre les parties ou contre la ou les parties, ainsi qu'il est prévu pour la consignation de la provision".

Qu'alors que :

- le greffe du Tribunal du travail de Bruxelles a interrogé l'exposant par courrier du 21 septembre 2011, ce n'est qu'à la lecture des pièces jointes qu'il pouvait être déduit que l'état d'honoraires et frais de l'expert était parvenu au greffe en date du 23 août 2011, alors que la réception à la direction en a été actée le 1er septembre seulement
- l'exposant a contesté de manière motivée l'état par fax du 23 septembre 2011 adressé au greffe du Tribunal du travail de Bruxelles
- le Tribunal a taxé l'état par décision du 28 septembre 2011, soit après avoir pris connaissance de la contestation de l'exposant; qu'en effet, la contestation de ce dernier était annexée à la décision de taxation lorsqu'elle lui a été communiquée par télécopie le 4 octobre 2011.

2. Que bien que l'état de l'expert soit daté du 17 août 2011 (et qu'il a apparemment été réceptionné au greffe le 23.08.2011), il ne peut être reproché à l'exposant de ne pas avoir respecté le délai de 30 jours tel que prévu à l'article 991, alinéa 1er du Code Judiciaire en ce que :

2.1. L'alinéa 1er de l'article 991 du C.J. dispose que ce délai court à compter du dépôt de l'état détaillé de l'expert au greffe ; qu'or, les parties ne sont pas informées de la date du dépôt de l'état d'honoraires au greffe (Mougenot D., "La loi du 30.12.2009 "réparant" la procédure d'expertise judiciaire", J.T. 2010, n° 6 389, pp. 201 et s., n° 38).

2.2. L'article 978, § 1er dispose que l'expert doit également envoyer son état aux parties le jour du dépôt, par envoi recommandé ; que sous réserve qu'une preuve contraire soit rapportée, il n'est pas établi que la date mentionnée sur l'état coïncide avec celle de son dépôt (point de départ du délai), et avec celle de son envoi à l'exposant, ni avec celle de sa réception par l'exposant; qu'il est même plausible que ces dates ne soient pas les mêmes (Mougenot D., "La loi du 30.12.2009 "réparant" la procédure d'expertise judiciaire", op. cit. supra).

2.3. Vu qu'il existe de nombreuses incertitudes quant au point de départ du délai de 30 jours et de la sanction y attachée, il n'est aucunement déraisonnable de soutenir que le juge qui a taxé l'état de frais et honoraires de l'expert le 28 septembre 2011 aurait dû tenir compte de la contestation de l'exposant du 23 septembre 2011, et ce dans le respect élémentaire des droits de la défense.

2.4. L'exposant rejoint l'opinion de Mougenot D. qui estime que "le silence des parties ne peut être considéré comme un accord tacite que s'il n'est susceptible d'aucune autre interprétation, contrairement à la jurisprudence habituelle de la Cour de cassation, en matière de renonciation" (Mougenot D., op. cit. supra, J.T. 2010 n° 6 389, pp. 201 et s., n° 39 ; Cass. 17.11.2008, R.G. n° S.08.0070.N, Cass. 28.01.2008, R.G. n° S.07.0097.N, Cass. 15.09.2006, R.G. n° C.05.0171.N ; Cass. 23.01.2006, R.G. n° S.05.0088.N; Cass. 17.11.2005, R.G. n° C.04.04.77.N; Cass. 25.04.2005, R.G. n° S. 03.0101.N ; Cass. 13.09.2004, R.G. n° C.03.0540.F ; Cass. 21.12.2001, R.G. n° C.99.0528.F).

Qu'eu égard à ce qui précède, le Tribunal aurait dû taxer l'état de l'expert en suivant la procédure fixée à l'alinéa 2 de l'article 991 du code judiciaire qui dispose que :

"Si dans le délai visé au paragraphe 1er, une ou plusieurs parties ont exprimé leur désaccord de manière motivée sur l'état des frais et honoraires, le Juge ordonne la comparution des parties conformément à l'article 973, § 2, afin de procéder à la taxation des frais et honoraires".

Que la Cour est invitée à prendre connaissance de la contestation motivée de l'exposant.

3. En ce qui concerne le fond, contestation de l'état de l'expert

Que lors de la taxation de l'état de l'expert, le Juge doit, en application de l'article 991, § 2, "surtout (tenir) compte de la rigueur avec laquelle le travail a été exécuté, le respect des délais impartis et de la qualité du travail fourni. Il peut en outre tenir compte de la difficulté et de la durée du travail fourni, de la qualité de l'expert et de la valeur du litige".

Qu'en assurance soins de santé et indemnités, il y a lieu en outre de tenir compte de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 fixant le tarif des honoraires et frais dus aux experts désignés par les juridictions du travail dans le cadre d'expertises médicales.

3.1. À titre principal, réduction de l'état de l'expert aux seuls frais administratifs, soit 103,31 EUR.

Qu'il est de jurisprudence constante qu'en cas de rapport de carence, l'état de l'expert doit être taxé aux seuls frais administratifs, soit 103,31 EUR (cf. notamment, T.T. Bxl, 25.05.2007, R.G. n° 51.083/03, B. N.; T.T. Bxl, 23.09.2005, R.G. n° 67.305/03; K.L.).

3.2. À titre subsidiaire : réduction de l'état de l'expert a 173,43 EUR.

Qu'à titre subsidiaire, au cas où la Cour estimerait que les devoirs accomplis par l'expert justifient l'octroi d'un montant supérieur aux seuls frais administratifs, l'état devrait être réduit comme suit:

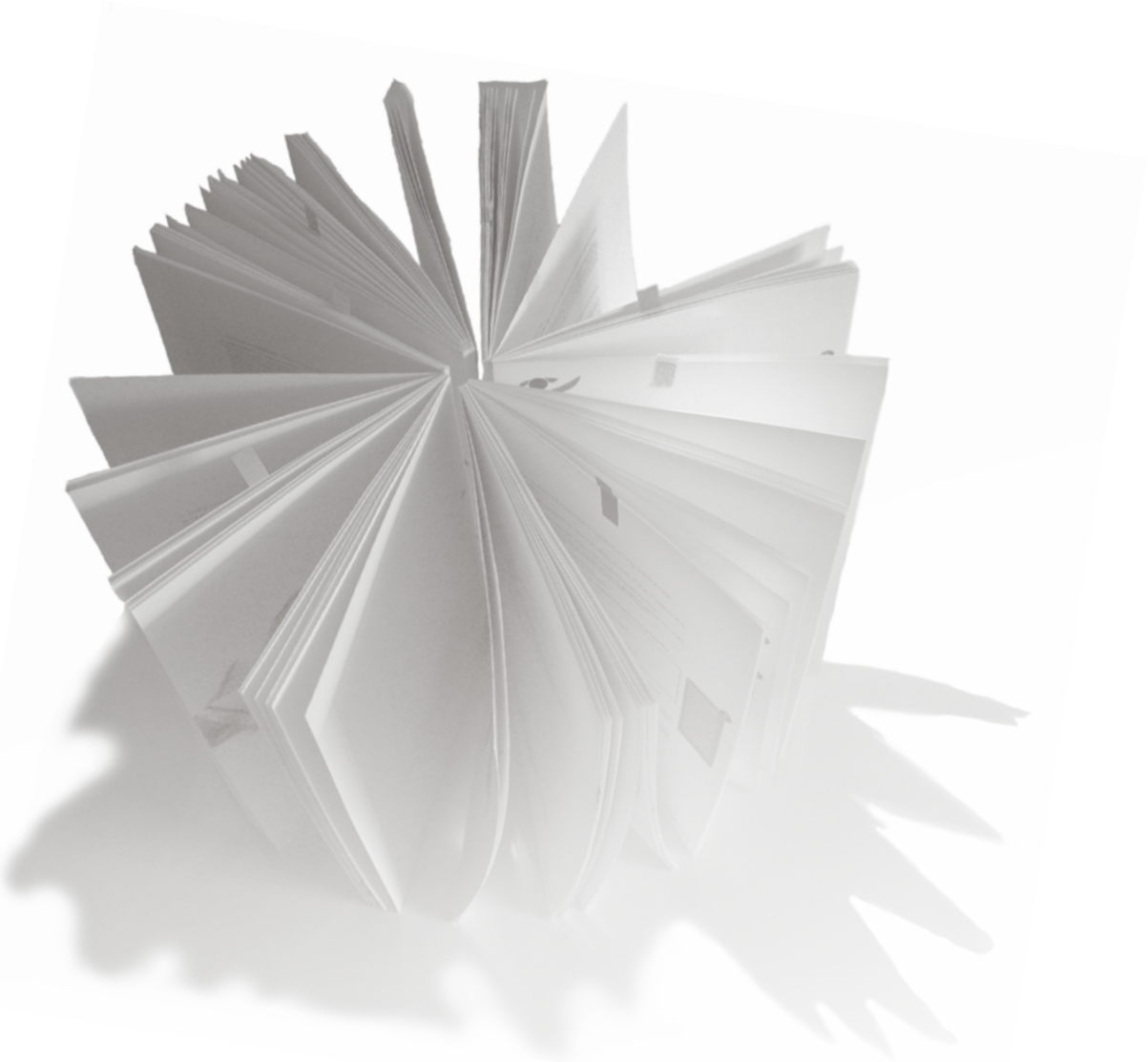
• examen complémentaire :	70,18 EUR
• frais administratifs :	103,31 EUR
Total :	173,49 EUR

(Requête d'appel, pp. 2, 3 et 4)

- À juste titre, l'INAMI fait observer que la procédure prévue par l'article 991, alinéa 2 du Code judiciaire n'a pas été suivie par le Tribunal du travail de Bruxelles
- Or, les éléments de contestation formulés par l'INAMI au sujet des honoraires du Dr B. ne pouvaient être ignorés du Tribunal puisqu'ils étaient annexés à la décision de taxation litigieuse !
- Tant Monsieur Michel PALUMBO, Avocat Général, que la Cour de céans partagent le point de vue défendu par l'INAMI consistant à limiter le montant des honoraires revenant à l'expert au montant des frais administratifs, soit un montant de 103,31 EUR. Il n'y a aucune raison d'y ajouter la somme de 70,18 EUR pour examen complémentaire (thèse subsidiaire de l'INAMI) puisqu'aucun examen médical n'a été effectué en l'espèce.

…

4e Partie
Questions et réponses parlementaires



I. Accord national médico-mutualiste

Médecins adhérents en tout ou en partie - Non-respect des dispositions de l'accord concernant le devoir d'information sur la modalité du conventionnement et les tarifs - Sanctions

Question n° 5-4205 posée le 23 décembre 2011 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Monsieur le Sénateur Ide [1]

Quand un médecin adhère à l'accord national entre les médecins et les mutuelles il doit pratiquer les tarifs officiels pour les actes médicaux qui font l'objet d'un remboursement. Un médecin peut toutefois n'adhérer à l'accord que partiellement ou ne pas y adhérer du tout. Dans ce cas il peut décider d'appliquer des tarifs supérieurs, également pour des prestations qui font l'objet d'un remboursement.

Les médecins n'ayant pas notifié, dans les délais fixés par la loi, leur refus d'adhérer à l'accord afficheront, visiblement pour les bénéficiaires, dans leur salle d'attente et, en ce qui concerne les institutions, soit dans la salle d'attente, soit dans le local de réception, soit dans le local d'inscription, le document qui leur sera transmis par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et qui indique qu'ils ont adhéré à l'accord ainsi que, en cas d'application du conventionnement partiel, les jours, heures et lieux des prestations auxquelles ils pourront ne pas appliquer les tarifs de cet accord.

1. La ministre a-t-elle connaissance de médecins qui ne respectent pas cette obligation d'affichage? L'INAMI contrôle-t-il les médecins pour s'assurer du respect de l'obligation d'affichage ? Quelles sont les conséquences pour le médecin si l'on constate que l'obligation d'affichage n'est pas respectée ?

2. Combien de plaintes l'INAMI a-t-il reçues ces deux dernières années relatives à des médecins conventionnés qui appliqueraient quand même des barèmes plus élevés que les tarifs officiels ?

3. L'INAMI sévit-il contre les médecins conventionnés qui facturent plus que les tarifs officiels ? Quelles sont les conséquences auxquelles ces médecins peuvent s'exposer ?

4. L'INAMI procède-t-il à un contrôle spécifique pour les médecins partiellement conventionnés ?

Réponse

Les médecins conventionnés totalement ou partiellement doivent afficher dans la salle d'attente de leur cabinet médical, à un endroit facilement visible pour le patient, qu'ils adhèrent à l'accord ainsi que les jours et heures auxquels ils appliquent les tarifs de l'accord et les jours et heures auxquels ils ne les appliquent pas.

1. Sénat, session ordinaire 2011-2012.

S'il n'existe pas encore de mécanisme de sanction explicite organisé légalement en cas de non respect de cette modalité du conventionnement telle que mentionnée dans l'article 73, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste est compétente pour concilier, le cas échéant, les différends au sujet de l'interprétation ou de l'exécution des accords. On constate cependant que cette commission n'a reçu qu'une seule fois une requête de conciliation.

On doit en outre souligner qu'en cas de non-respect des tarifs de l'accord, différentes sanctions peuvent être envisagées dans le cadre de cette même loi, loi qui contient plusieurs dispositions reprenant certaines mesures comme notamment, le fait que les accords peuvent le cas échéant prévoir des clauses pénales au sens des articles 1126 à 1233 du Code civil (art. 50, § 7, al. 1er), clauses qui peuvent être appliquées au médecin qui ne respecte pas les dispositions des accords.

Cette même loi offre en même temps la possibilité d'infliger au dispensateur de soins qui a adhéré à l'accord et qui ne respecte pas les tarifs et honoraires fixés par celui-ci, une amende administrative égale à trois fois le montant du dépassement, avec un montant minimum de 125 EUR (art. 168, al. 3 et 4 de la loi).

Cette procédure est initiée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) de leur propre initiative, sur base d'informations fournies par l'organisme assureur ou sur base d'une plainte. Il revient au fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de décider d'infliger une amende après réception des moyens de défense du contrevenant.

Il faut constater que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux reçoit un faible nombre de plaintes à savoir, en moyenne quelques plaintes par an. Ces plaintes peuvent être anonymes mais en cas d'informations insuffisantes, elles ne pourront être traitées.

Le Code de déontologie prévoit que les médecins ne peuvent refuser de donner des explications au malade ou aux personnes qui le représentent au sujet de ses honoraires tandis que l'Ordre insiste sur la nécessité d'informer le patient de manière adéquate sur le montant des éventuels suppléments d'honoraires.

Il ne faut surtout pas négliger le rôle des services de défense des membres des organismes assureurs qui, en cas de plainte d'un de leurs affiliés, contactent les prestataires de soins pour tenter de trouver un arrangement à l'amiable.

Enfin, en ce qui concerne les médecins partiellement conventionnés, depuis l'accord national médico-mutualiste 2009-2010, on remarque que, et bien qu'aucun contrôle spécifique n'ait eu lieu, les informations à fournir concernant les jours et heures de prestations qui tombent pendant ou en dehors des périodes au cours desquelles le médecin applique les tarifs de l'accord, ont été modernisées après concertation entre les partenaires de la médico-mut. Il s'en suit qu'il y a plus de clarté sur les conditions de temps et de lieu pour les prestations qui sont exécutées conformément ou en dehors des conditions de l'accord.

La problématique des dépassements des honoraires concerne en premier lieu les organismes assureurs, et l'assuré s'adressera donc de préférence à son organisme assureur pour toute question relative aux factures et attestations de soins donnés ou en cas de demande de paiement irrégulier. Certains organismes assureurs procurent à leurs membres, via un support informatisé, des informations sur le statut des médecins par rapport à l'accord (entièrement, partiellement conventionné ou non conventionné).

Il faut également souligner que, dans le cadre des règles de déontologie, la contestation d'un honoraire abusif d'un médecin conventionné ou non peut être adressée au Conseil provincial de l'Ordre des médecins qui est compétent pour arbitrer de telles contestations via sa Commission des litiges d'honoraires. Le Code de déontologie des médecins prévoit en effet que le médecin doit faire preuve de modération dans la fixation des honoraires relatifs à ses prestations. La demande d'honoraires manifestement excessifs constitue un manquement à la probité et à la discrétion.

Un recours devant le juge de paix est aussi envisageable.

II. Médicaments

Méthylphénidate - Traitement du TDAH - Avis CSS 8570

Question n° 98 posée le 6 janvier 2012 à Madame la Vice première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Madame la Représentante De Bont [1]

Début 2011, l'avis du Conseil supérieur de la santé sur la sécurité des stimulants et leurs effets secondaires chez les enfants, notamment du méthylphénidate utilisé dans le cadre du traitement du TDAH, n'était toujours pas publié, alors que le rapport était attendu pour fin avril 2011 au plus tard.

1. Avez-vous reçu cet avis dans l'intervalle ?

2. Pourriez-vous nous communiquer cet avis ?

3. Quelles conclusions en tirez-vous et quelles suites comptez-vous y réserver ?

Réponse

Début 2011, l'avis du Conseil supérieur de la santé sur la sécurité des stimulants et leurs effets secondaires chez les enfants, notamment du méthylphénidate utilisé dans le cadre du traitement du TDAH, n'était toujours pas publié, alors que le rapport était attendu pour fin avril 2011 au plus tard.

1. J'ai, en effet, reçu l'avis CSS 8570 le 6 juillet 2011 du Conseil Supérieur de la Santé.

2. L'avis figure sur le site internet du Conseil (www.hgr-css.be).

3. En voici les principales conclusions et recommandations :

La principale indication pour le médicament en question concerne le Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDAH). Ce syndrome est caractérisé par une association de problèmes persistants relatifs à l'attention, la régulation motrice et le contrôle du comportement, déjà présents avant l'âge de sept ans et qui entravent de manière significative le fonctionnement.

1. Bulletin n° 066, Chambre, session ordinaire 2011-2012, p. 77.

Cet avis n'aborde pas le "*state of the art*" en matière de diagnostic et de traitement du TDAH.

En ce qui concerne la sécurité et les effets secondaires des médicaments utilisés actuellement dans le traitement du TDAH, à savoir les stimulants et l'atomoxétine, des préoccupations existent et subsistent sur trois points.

- La principale préoccupation concerne la stimulation de la fonction cardiaque (hypertension) et surtout le lien possible avec la mort subite. Cette dernière est heureusement très rare chez les enfants et c'est également le cas chez des enfants sous traitement médicamenteux contre le TDAH.
  Cela signifie toutefois que des études épidémiologiques incluant un très grand nombre de patients sont nécessaires pour formuler une réponse claire concernant le risque accru ou non de mort subite lié aux médicaments. Le médecin prescripteur devra donc être et rester très attentif et mettre les personnes concernées - enfants et parents - en garde contre les éventuels signaux
- Un second domaine de préoccupation et donc d'attention permanente concerne l'influence sur le comportement alimentaire et la croissance
- Enfin, on en sait peu pour l'instant au sujet de l'influence du TDAH et de l'influence de ces médicaments (et autres) sur le développement cérébral. Ceci est principalement lié au manque d'instruments adéquats de recherche mais des évolutions dans ce domaine sont en cours.

Éléments pour un protocole de sécurité

Différentes propositions ont été formulées pour le suivi des enfants sous médication contre le TDAH. D'une façon générale, il faut mesurer, au début de la médication et durant tout le traitement, le poids, la taille, la pression artérielle et le pouls. Une évaluation annuelle est conseillée.

Pendant la phase de démarrage, un suivi hebdomadaire, à tout le moins téléphonique, est nécessaire concernant le fonctionnement du traitement et les effets secondaires possibles. Il est aussi conseillé d'établir une courbe de taille et de poids complète, incluant les tailles et poids précédents. Si possible, la taille des parents doit également être demandée.

La base de toute évaluation consiste en une anamnèse concernant les effets et effets secondaires, un examen physiologique réalisé conformément au "*state of the art*", en accordant une attention particulière aux facteurs de risque cardiaque, à l'évaluation de la croissance (poids, taille Body Mass Index - BMI), à l'évaluation cardiaque (pression artérielle et pouls) et à l'évaluation neuromotrice.

En ce qui concerne le risque potentiel de mort subite, il est proposé d'inventorier par une anamnèse la présence de facteurs de risque de mort subite, tant avant de commencer la médication que durant le traitement. Cette anamnèse consiste en : antécédents familiaux de mort subite prématurée (avant 40 ans), antécédents personnels de syncope, palpitations, douleur thoracique, vertiges d'origine inconnue - surtout pendant l'effort. Si des patients présentent ces symptômes, il est recommandé de réaliser une analyse plus approfondie.

L'anamnèse comprend par ailleurs des questions sur les antécédents familiaux et personnels concernant la sensibilité aux médicaments et la problématique métabolique, endocrinienne, cardiaque, neurologique, neuromotrice ou sexuelle (surtout au début). En outre, le risque suicidaire doit être évalué et les facteurs de risque inventoriés, tant ceux liés à l'enfant qu'au contexte. Il faut aussi être attentif au style de vie, aux habitudes alimentaires et aux activités physiques. Il va de soi que, lors du follow-up, l'efficacité et les éventuels effets secondaires doivent aussi être inventoriés. Comme échelle pédiatrique standardisée d'effets secondaires, l'adaptation par Bostic et Rho de la Safety Monitoring Uniform Report Form (SMURF) (Bostic Rho, 2006) peut être utilisée.

Le diagnostic de la psychopathologie auprès d'enfants et d'adolescents en général et donc aussi du TDAH et d'éventuels problèmes ou troubles comorbides et certainement l'indication et le suivi d'interventions psychopharmacologiques, supposent des compétences médicales spécialisées. L'un et l'autre doivent donc aussi de préférence être réalisés par et en collaboration avec un pédo-psychiatre.

Compte tenu de l'état actuel des connaissances, on peut dire qu'un examen cardiologique et/ou un électrocardiogramme (ECG) en cas d'anamnèse et d'examen clinique négatifs pour les raisons précitées ne contribuent pas pour l'instant à la prévention de la survenance de la mort subite. Il est conseillé d'attendre les résultats des études en cours en la matière.

Il est recommandé, en raison de la préoccupation existante concernant l'usage inadéquat des stimulants et du manque de données en la matière, de réaliser des études dans ce domaine.

Pour ce qui est de la suite que j'ai donnée à cet avis, elle est de trois ordres.

En premier lieu, j'ai demandé à l'administration de la Santé publique de lancer la création d'une plateforme scientifique du type de ce qui existe pour les antibiotiques et qui porte le nom de BAPCOC.

Cette plateforme aura pour objectif de définir des actions autour de la psychopharmacie, de les coordonner et de les exécuter en concertation avec tous les partenaires concernés. Outre les services du SPF Santé publique et de l'INAMI, l'AFMPS et les services compétents des communautés et régions devront aussi participer.

Je vais également inscrire un point à l'ordre du jour de la prochaine Conférence Interministérielle CIM, qui aura lieu au printemps. Elle aura pour objet le rôle des associations qui informent les enseignants et parents dans les écoles.

Enfin, dans le cadre de la concertation, avec les organismes assureurs, sur la mesure de renforcement du contrôle des médicaments en chapitre IV avec contrôle *à priori* par le médecin conseil de l'organisme assureur, j'ai également fait ajouter la (…).

III. Accord national médico-mutualiste du 21 décembre 2011

Honoraires d'accréditation - En fonction du conventionnement

Question n° 256 posée le 2 février 2012 à Madame la Vice première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Madame la Représentante Van Moer [1]

1. Bulletin n° 066, Chambre, session ordinaire 2011-2012, p. 93.

Le 21 décembre 2011, un accord a été conclu au sein de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM), qui est valable pour un an. Cet accord contient toute une série de mesures et d'économies dans le cadre desquelles on s'efforce de ménager les patients. Il est dommage que, d'une manière astucieuse, le principe de l'accessibilité aux soins de santé n'est en fait plus garanti alors que le patient est responsabilisé. Il ressort d'un examen plus attentif de l'accord que peu de mesures structurelles sont prises pour assurer le financement à long terme de l'assurance maladie.

La partie 4.3 de l'accord définit un nouveau régime pour l'intervention forfaitaire d'accréditation des médecins. Une distinction est opérée au niveau de l'intervention entre les médecins conventionnés et les médecins non conventionnés : "Pour 2012, l'intervention forfaitaire d'accréditation pour les médecins entièrement conventionnés est majorée à 1 027,81 EUR ; pour les médecins partiellement et non conventionnés, l'intervention forfaitaire d'accréditation reste fixée à 593,61 EUR".

L'augmentation partielle de l'intervention sera financée par l'excédent obtenu grâce à l'effort d'économie prévu : "Les mesures précitées permettent de réaliser une économie de 139,579 millions d'EUR. L'économie imposée de 129,747 millions d'EUR est donc largement réalisée. La différence de 9,832 millions d'EUR est utilisée afin d'accroître considérablement le montant des honoraires d'accréditation forfaitaires annuels".

1. Le système proposé ne constitue-t-il pas une forme de discrimination entre les médecins accrédités ?

2. L'accréditation, qui devrait servir de garantie pour la formation continuée des médecins, n'est-elle pas utilisée ainsi à d'autres fins ?

Réponse

En réponse à vos questions, j'attire votre attention sur le fait que l'accord national médico-mutualiste du 21 décembre 2011 introduit une différenciation entre, d'une part, les médecins accrédités entièrement conventionnés et, d'autre part, les médecins partiellement conventionnés ou non conventionnés.

L'accréditation peut être assimilée à une forme de label de qualité que les médecins reçoivent lorsqu'ils suivent régulièrement des formations complémentaires et gèrent leur pratique en respectant des normes de qualité spécifiques, telles que l'utilisation judicieuse et socialement justifiée des moyens médicaux.

L'accréditation donne droit à une indemnité forfaitaire annuelle et à une majoration des honoraires pour la consultation et la visite, sans modification du ticket modérateur.

L'adhésion à l'accord médico-mutualiste, le "conventionnement", est l'engagement pris par le dispensateur de soins de respecter les tarifs maximums qui peuvent être portés en compte. Le conventionnement est donc un élément qui contribue à la sécurité tarifaire pour les patients. Le conventionnement (partiel ou total) permet au médecin de bénéficier d'avantages sociaux, tels un statut social.

L'accréditation et le conventionnement rencontrent donc deux des objectifs primordiaux de l'assurance maladie obligatoire, en cela qu'ils garantissent des soins de santé de meilleure qualité et une sécurité tarifaire. Ils peuvent, par voie de conséquence, faire l'objet de mesures qui pourraient être prises au sein d'un accord national médico-mutualiste.

Avec comme objectif de promouvoir l'accréditation et le conventionnement, la Commission nationale médico-mutualiste a décidé d'accroître considérablement le montant des honoraires d'accréditation forfaitaires annuels pour les seuls médecins entièrement conventionnés (de 594 EUR à 1 028 EUR) ; pour les médecins partiellement et non conventionnés, en revanche, l'intervention forfaitaire d'accréditation reste fixée à 594 EUR.

Cette différenciation peut aussi se justifier parce que, si l'article 50, § 6 de la loi AMI forme la base pour l'intervention forfaitaire pour l'accréditation, l'article 54, § 3 de la même loi stipule qu'en sus des avantages découlant du statut social, des avantages supérieurs ou d'autres avantages peuvent être accordés à toutes ou à certaines catégories de médecins réputés avoir adhéré à l'Accord.

IV. Dossier médical global

Module de prévention - Gratuit pour les personnes entre 45 et 75 ans

Question n° 271 posée le 8 février 2012 à Madame la Vice première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Madame la Représentante Muylle[1]

Les personnes âgées de 45 à 75 ans possédant un dossier médical global chez leur médecin traitant peuvent, depuis avril 2011, bénéficier d'un contrôle gratuit tous les trois ans (A.R. modifiant l'art. 2, A, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

Ce contrôle gratuit a pour objectif de suivre l'état de santé général du patient et d'en apprécier l'évolution. Les médecins s'informent auprès des patients qui se soumettent à un tel contrôle s'ils mangent sainement, s'ils bougent assez, s'ils ne fument pas trop et ne consomment pas trop d'alcool. Le médecin traitant contrôle également le système cardiovasculaire et recherche des indices de cancer du côlon, du sein et du col de l'utérus. En même temps, le patient est vacciné contre la grippe, le tétanos, la diphtérie et le pneumocoque. Le médecin traitant évalue également l'état mental du patient.

22 millions d'EUR ont été libérés pour cette mesure. Cet investissement est censé nous aider à déceler les problèmes plus précocement et à les prévenir.

1. Combien de patients ont bénéficié de ce contrôle gratuit ?

2. a) Quels sont les résultats du contrôle ?
   b) Des patients ont-ils été renvoyés vers des spécialistes ?
   c) Dans l'affirmative, combien ?

3. Quelle est la position des médecins traitants à l'égard de ce contrôle gratuit ?

1. Bulletin n° 066, Chambre, session ordinaire 2011-2012, p. 96.

Réponse

Votre question concerne le module de prévention du dossier médical global (102395). Avec le médecin généraliste, lequel gère ce dossier, le patient âgé de 45 à 75 ans peut, chaque année, passer en revue les mesures de prévention qui pourraient lui être utiles. La liste des sujets abordés a été arrêtée par le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et comprend l'hygiène de vie, le risque cardiovasculaire, le dépistage des cancers les plus fréquents, la vaccination, la santé mentale et la réalisation de certains tests sanguins de base. Ce module de prévention est entièrement remboursé par l'assurance maladie.

Entre le 1er avril 2011, date d'entrée en vigueur de la mesure, et le 31 octobre 2011, date des derniers chiffres disponibles, 127 293 prestations "module de prévention" ont été enregistrées à l'INAMI. La période est évidemment beaucoup trop courte pour pouvoir tirer la moindre conclusion de ces données.

Votre deuxième question porte sur les résultats et conséquences de ces examens. Toutefois, ces données appartiennent exclusivement aux patients et sont confiées uniquement aux médecins. Ces données ne peuvent être communiquées.

Pour répondre à la troisième partie de votre question, je vous rappellerai que la création du module de prévention s'est faite en collaboration avec les médecins généralistes et a été largement discutée aussi bien au sein du Conseil technique médical de l'INAMI que dans la Commission nationale médico-mutualiste.

V. Organismes assureurs

Montants indûment payés - Récupération - Accord de remboursement

Question n° 97 posée le 30 mars 2012 au secrétaire d'État aux Affaires sociales, aux familles et aux personnes handicapées, chargé des risques professionnel, adjoint à la ministre des Affaires sociales et de la santé publique par Madame la Représentante Sminate [1]

En principe, en vertu de l'article 326 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, les montants payés indûment dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé sont réclamés par les organismes assureurs dans un délai de deux ans. Ce délai peut être prolongé, notamment, si un accord de remboursement est conclu entre l'organisme assureur et le débiteur.

1. Bulletin n° 069, Chambre, session ordinaire 2011-2012, p. 256.

Pouvez-vous indiquer, pour les années 2007, 2008, 2009 et 2010 et par mutualité :

1. le nombre total de récupérations opérées

2. le nombre total de récupérations ayant donné lieu à la conclusion d'un accord de remboursement

3. a) le nombre d'accords de remboursement qui - en application de l'article 326, § 2, point b) de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996 - ont été transmis au fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif
   b) le nombre d'accords de remboursement ayant été purement et simplement approuvés par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif
   c) le nombre d'accords de remboursement ayant été purement et simplement refusés par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif
   d) le nombre d'accords de remboursement ayant été approuvés par le fonctionnaire dirigeant moyennent adaptation des modalités de remboursement
   e) la durée moyenne des accords de remboursement approuvés par le fonctionnaire dirigeant ainsi que le nombre d'accords dont la durée :

- différait de plus de 30 % par rapport à cette moyenne (en + et -)
- différait de plus de 50 % par rapport à cette moyenne (en + et -)
- différait de plus de 75 % par rapport à cette moyenne (en + et -).

   f) le montant moyen des créances pour lesquelles un accord de remboursement approuvé par le fonctionnaire dirigeant a été conclu ainsi que le nombre d'accords dont le montant de la créance :

- différait de plus de 30 % par rapport à cette moyenne (en + et -)
- différait de plus de 50 % par rapport à cette moyenne (en + et -)
- différait de plus de 75 % par rapport à cette moyenne (en + et -).

4. a) le nombre d'accords de remboursement dont les modalités n'ont pas été respectées par le débiteur ?
   b) Qu'en est-il si les modalités en matière de remboursement ne sont pas respectées ?
   c) Existe-t-il des instructions s'adressant aux différents organismes assureurs quant au traitement uniforme des débiteurs ?
   d) À partir de quand le solde total de la créance est-il exigé par la mutualité auprès du débiteur ?

Réponse

1. Toute personne ou toute organisation qui a indûment perçu des prestations de l'assurance maladie-invalidité est tenue d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur qui les lui a octroyées.

Les montants effectivement récupérés par les organismes assureurs peuvent être inscrits en majoration des frais d'administration (partie variable) en exécution de l'article 195, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Il s'agit des montants définis aux articles 136, § 2, et 164 de cette loi. Tant que ces montants n'ont pas été récupérés effectivement, ils ne peuvent pas figurer sur les listes introduites.

Les organismes assureurs sont tenus de transmettre ces chiffres à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) tous les ans.

Voici les chiffres pour les exercices 2007 à 2010 compris :

Année	2007	2008	2009	2010
Montant total sur listes nominatives	214 241 046, 46 EUR	224 554 743,23 EUR	228 384 128,05 EUR	225 110 307,23 EUR

2. L'article 326, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée susvisée stipule que la récupération des prestations indûment octroyées doit être effectuée par l'organisme assureur dans un délai de deux ans. L'article 326, § 2, b), du même arrêté royal précise que ce délai est prolongé de la période fixée par la convention intervenue entre l'organisme assureur et le débiteur pour le remboursement des prestations indues.

Si cette convention concerne des indemnités d'incapacité de travail et si elle a été conclue pour une durée qui excède de cinq ans le délai de deux ans, l'organisme assureur doit alors introduire une demande d'approbation auprès du fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI.

L'approbation ou non de la convention dépend de différents facteurs :

- l'origine de la dette
- la durée de la convention
- la situation financière de l'intéressé
- les revenus des personnes cohabitant avec l'intéressé
- l'origine des revenus de l'intéressé
- d'autres dettes éventuelles
- la date de la demande.

Il s'ensuit que seules sont en possession du Service du contrôle administratif de l'INAMI les récupérations pour lesquelles une convention de remboursement a été conclue pour une durée qui excède de cinq ans la durée de deux ans.

Au total, 370 conventions de ce type ont été conclues pour les années 2007, 2008, 2009 et 2010.

La ventilation par année et par organisme assureur est la suivante :

	2007	2008	2009	2010	Total
100	19	9	18	15	61
200	6	8	6	4	24
300	40	38	59	55	192
400	5	7	11	13	36
500	11	21	16	8	56
600	0	0	0	1	1
TOTAL	**81**	**83**	**110**	**96**	**370**

3. a) - d) Un aperçu est présenté dans le tableau ci-dessous, par année et par organisme assureur, du nombre de conventions soumises, approuvées, refusées ou approuvées moyennant une adaptation. Par ailleurs, un aperçu des autres conventions est également présenté : il s'agit des conventions déclarées irrecevables ou pour lesquelles il n'y a pas eu de décision jusqu'à présent.

	Conventions soumises					Conventions approuvées				
	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**Total**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**Total**
100	33	13	24	25	95	15	9	15	14	53
200	8	13	8	5	34	5	8	6	3	22
300	70	65	81	71	287	32	32	54	47	165
400	12	15	13	16	56	4	6	10	13	33
500	24	31	24	13	92	10	18	15	7	50
600	2	-	0	1	3	-	-		1	1
Total	**149**	**137**	**150**	**131**	**567**	**66**	**73**	**100**	**85**	**324**

	Conventions refusées					Conventions approuvées moyennant adaptation				
	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**Total**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**Total**
100	7	2	3	7	19	4	-	3	1	8
200	-	5	2	1	8	1	-		1	2
300	21	21	16	16	74	8	6	5	8	27
400	7	6	1	2	16	1	1	1		3
500	6	6	5	4	21	1	3	1	1	6
600	-	-			0	-	-			0
Total	**41**	**40**	**27**	**30**	**138**	**15**	**10**	**10**	**11**	**46**

	Autres				
	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**Total**
100	7	2	3	3	15
200	2	-			2
300	9	6	6		21
400	-	2	1	1	4
500	7	4	3	1	15
600	2	-			2
Total	**27**	**14**	**13**	**5**	**59**

e) La durée moyenne des conventions approuvées par le fonctionnaire dirigeant, la médiane et les écarts par rapport à cette médiane sont présentés dans les tableaux suivants.

Moyenne et médiane par an :

	Nombre approuvé (éventuellement après adaptation)	Moyenne	Médiane	< 30 %	> 30 %	> 50 %	> 75 %
2007	81	193,93	150,5	20	14	6	41
2008	83	248,42	155	37	13	11	22
2009	110	175,56	134	59	22	5	24
2010	96	270,51	135	49	16	5	25

Moyenne et médiane par organisme assureur :

	Nombre approuvé (éventuellement après adaptation)	Moyenne	Médiane	< 30 %	> 30 %	> 50 %	> 75 %
100	61	165,83	131	25	11	4	21
200	24	186,29	180	17	3	3	0
300	192	264,65	148	68	61	9	54
400	36	226,96	157	10	10	4	12
500	56	155,88	112,5	28	14	0	14
600	1	0	0	0	0	0	0

f) Le montant moyen des créances pour lesquelles un accord de remboursement approuvé par le fonctionnaire dirigeant a été conclu, la médiane ainsi que le nombre d'accords dont le montant de la créance différait de cette médiane sont présentés dans le tableau qui suit.

Moyenne et médiane par an :

	Nombre approuvé (éventuellement après adaptation)	Moyenne	Médiane	< 30 %	> 30 %	> 50 %	> 75 %
2007	81	10 338,42 EUR	4 966,30 EUR	18	12	14	37
2008	83	11 926,02 EUR	7 004,59 EUR	18	14	21	30
2009	110	9 661,45 EUR	5 855,92 EUR	28	22	19	41
2010	96	11 447,67 EUR	6 915,55 EUR	34	13	17	32

Moyenne et médiane par organisme assureur :

	Nombre approuvé (éventuellement après adaptation)	Moyenne	Médiane	< 30 %	> 30 %	> 50 %	> 75 %
100	61	11 968,78 EUR	6 603,22 EUR	12	5	21	23
200	24	10 503,91 EUR	6 736,86 EUR	6	6	2	10
300	192	10 351,09 EUR	6 202,70 EUR	49	37	37	69
400	36	12 960,13 EUR	8 005,60 EUR	6	11	8	11
500	56	9 709,45 EUR	5 300,37 EUR	11	15	12	18
600	1	9 114,81 EUR	9 114,81 EUR	0	0	0	0

4. a) et b) L'article 326 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 stipule que seules les conventions qui concernent des indemnités d'incapacité de travail et qui ont été conclues pour une période excédant de cinq ans la période de deux ans doivent être approuvées par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI.

Par conséquent, le Service du contrôle administratif de l'INAMI n'est en possession que des conventions de remboursement dont la durée excède de cinq ans la durée de deux ans.

En ce qui concerne ces conventions, l'organisme assureur doit introduire une nouvelle demande auprès du fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI si l'intéressé ne respecte pas les règles en matière de remboursement. Je ne dispose pas de chiffres distincts à ce sujet.

c) et d) En ce qui concerne l'existence d'instructions vis-à-vis des organismes assureurs en vue d'un traitement uniforme des débiteurs, la récupération à charge de l'assuré social s'effectue conformément à l'article 164 de la loi coordonnée susvisée (du 14.07.1994) et dans les délais de prescription prévus à l'article 174 de cette même loi.

Les récupérations de prestations indûment payées doivent, en règle générale, être effectuées dans un délai de deux ans, conformément à l'article 326, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 susvisé. Le délai de deux ans peut être suspendu ou prolongé conformément à l'article 326, § 2 et § 3, du même arrêté, par exemple en cas de plan de remboursement ou de retenues intersectorielles.

Les prestations qui ne peuvent être récupérées doivent être inscrites par les organismes assureurs en frais d'administration, à moins qu'une dispense ait été obtenue conformément à l'article 327, § 2, du même arrêté royal du 3 juillet 1996.

Une dispense peut uniquement être obtenue si l'organisme assureur n'a pas commis d'erreur dans le paiement et s'il a géré la procédure de récupération "en bon père de famille".

À chaque demande de dispense d'inscription en frais d'administration, l'organisme assureur reçoit du fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI une décision motivée en fait et en droit mentionnant clairement la raison pour laquelle la dispense est accordée ou refusée. L'organisme assureur peut ainsi optimaliser en permanence la procédure existante en matière de traitement de dossiers de récupération et est, en outre, responsabilisé.

VI. Fraude sociale

Contrôle

Question n° 46 posée le 19 avril 2012 au secrétaire d'État à la Lutte contre la fraude sociale et fiscale, adjoint au premier ministre par Madame la Représentante Van Cauter [1]

À Bruxelles, la Task Force a découvert près de 600 entreprises et entreprises fictives se livrant à la fraude aux C4. Une cartographie des entreprises suspectes a déjà permis de réduire l'étendue de cette fraude.

1. Entre 2009 et 2011, combien de contrôles annuels ont effectué les cellules d'arrondissements placées sous la tutelle du Service d'information et de recherches sociales (SIRS) en Régions flamande, wallonne et de Bruxelles-Capitale ?

2. Quels ont été par Région, les montants constatés d'une part et effectivement récupérés d'autre part dans les domaines suivants :

   a) cotisations ONSS non déclarées
   b) prestations sociales indûment payées
   c) assujettissements frauduleux et faux certificats de chômage ?

3. a) Pour les années 2009, 2010 et 2011, quel est par Région, le montant des amendes administratives infligées ?
   b) Quelles sont les recettes effectivement perçues par les Régions respectives ?

4. Quel est par Région, pour les mêmes années, le montant total des amendes pénales infligées, tant du point de vue condamnations que du point de vue recouvrement ?

5. a) Hormis Bruxelles, l'inspection concentre-t-elle son action sur d'autres régions ou provinces ?
   b) Dans l'affirmative, lesquelles et pour quelles raisons ?

6. a) Les chiffres révèlent-ils de substantiels écarts entre les Régions ou éventuellement les provinces ?
   b) Dans l'affirmative, quelle est la cause de ces écarts ?

7. a) Les problèmes rencontrés dans certaines Régions ou provinces concernent-ils davantage des travailleurs salariés de nationalité étrangère ou des entreprises (fictives) d'employeurs de nationalité étrangère ?
   b) Dans l'affirmative, connaît-on la cause du phénomène et comment se traduit-il dans les chiffres ?
   c) Quelles mesures sont envisagées pour remédier au problème ?

1. Bulletin n° 069, Chambre, session ordinaire 2011-2012, p. 294.

Réponse

Il me paraît tout d'abord nécessaire de préciser qu'au cours de l'année 2011, 166 entreprises suspectées de fraude en matière de faux C4 ont été examinées par l'Office National de l'Emploi et, dans 42 cas, il est apparu qu'il s'agissait de dossiers frauduleux.

En ce qui concerne le premier point de votre question, j'ai l'honneur de vous informer que le nombre de contrôles effectués par les Cellules d'arrondissement ainsi que les résultats de ces contrôles peuvent être consultés directement sur le site du Service d'Information et de Recherche Sociale (http://www.sirs.belgique.be).

Les données pour 2011 ne sont pas encore disponibles sur ce site, en voici les résultats :

Nombre de contrôles	
Bruxelles	1 061
Flandre	8 349
Wallonie	3 587
TOTAL	**12 997**

Nombre de contrôles positifs (= avec infractions)		
Bruxelles	437	(soit : 41,19 %)
Flandre	2 297	(soit : 27,51 %)
Wallonie	1 378	(soit : 38,42 %)
TOTAL	4 112	(soit : 31,64 %)

En ce qui concerne le deuxième point de votre question, les informations qui m'ont été communiquées par le Service d'Information et de Recherche Sociale n'ont pas pu être ventilées entre, d'une part, cotisations sociales et, d'autre part, allocations sociales.

Il est important de signaler que les montants qui vous sont communiqués ci-après ne correspondent pas à l'ensemble des régularisations effectuées par les Services d'inspection sociale, mais uniquement aux montants établis dans le cadre des dossiers de fraude caractérisée.

Il s'agit de :

- pour l'année 2009 de 68 997 197 EUR (dont 8 163 888 EUR en matière de faux assujettissements)
- pour l'année 2010 de 78 454 679 EUR (dont 4 400 972 EUR en matière de faux assujettissements)
- pour l'année 2011 de 111 618 710 EUR (dont 3 918 086 EUR en matière de faux assujettissements).

En ce qui concerne le troisième point de votre question, il n'est pas possible d'isoler les amendes administratives qui ont été prononcées à la suite de procès-verbaux de constatation d'infractions dressés dans le cadre des contrôles effectués par les Cellules d'arrondissement, de ceux des autres procès-verbaux.

Les chiffres qui vous sont communiqués concernent donc l'ensemble des amendes administratives prononcées par le Service des amendes administratives du SPF Emploi, travail et concertation sociale, au cours des années 2009, 2010 et 2011.

Le tableau ci-dessous reprend le montant de toutes les amendes administratives qui ont été infligées ces trois dernières années. Les montants sont exprimés en EUR.

Régions	2009	2010	2011
Bruxelles	832 190,00	840 930,00	643 225,00
Flandre	2 821 192,50	3 128 131,50	2 061 767,75
Wallonie	230 580,00	299 074,00	252 431,50
TOTAL	**3 884 212,50**	**4 268 885,50**	**3 032 885,25**

Les montants récupérés pour les années 2009, 2010 et 2011 s'élèvent respectivement à :

- 2 726 043,61 EUR pour l'année 2009
- 2 994 309,31 EUR pour l'année 2010
- 1 871 213,90 EUR pour l'année 2011.

En ce qui concerne le quatrième point de votre question, il relève de la compétence de ma collègue, Madame Annemie Turtelboom, ministre de la Justice.

En ce qui concerne les autres points de votre question, il convient de savoir que le Service d'Information et de Recherche Sociale établit, chaque année, un plan d'action de lutte contre la fraude sociale qui vise à appréhender de manière globale la fraude aux cotisations sociales et la fraude aux allocations sociales. Ce plan prévoit des contrôles équilibrés au niveau des différentes cellules d'arrondissement afin de garantir un traitement équitable. Une attention particulière est réservée aux secteurs d'activités "sensibles" (tels que : l'horeca, la construction, le nettoyage, etc.) et/ou aux phénomènes de fraude spécifiques (tels que les faux assujettissements et faux C4).

Il ressort des résultats de ces contrôles que l'occupation irrégulière de travailleurs étrangers se rencontre le plus souvent dans certains secteurs d'activité spécifiques (ex. : la fruiticulture, les restaurants exotiques, les night-shop, les travaux de finition dans la construction, etc.). Il convient de signaler, à cet égard, qu'il existe différentes filières de main-d'œuvre clandestine telles que la filière chinoise ou la filière brésilienne. Celles-ci sont connues des services de police qui participent activement à la traque de ces filières.

À titre indicatif, les Services d'inspection sociale ont constaté, au cours de l'ensemble des contrôles effectués, l'occupation irrégulière de 2 178 travailleurs étrangers (sans permis de séjour ni permis de travail), au cours de l'année 2009 et de 2 879 travailleurs étrangers (sans permis de séjour ni permis de travail), au cours de l'année 2010. Les chiffres consolidés pour l'année 2011 ne sont pas encore disponibles.

Quant à la fraude aux faux assujettissements, elle se concentre davantage dans les centres urbains couplée à certains secteurs d'activité particuliers comme celui du nettoyage.

Le plan d'action de lutte contre la fraude sociale 2012 établi par le Service d'Information et de Recherche Sociale tient compte des différents types de fraudes exposés ci-dessus et prévoit des actions spécifiques en vue de les juguler.

VII. Soins dentaires

Accessibilité - Mesures pour l'améliorer

Question n° 540 posée le 9 mai 2012 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Madame la Représentante Gerkens [1]

Nous avons été récemment interpellés par des citoyens préoccupés par les soins buccodentaires de la population en général, du manque d'accessibilité à ces soins en particulier.

On constate en effet que les soins dentaires sont de plus en plus difficilement accessibles à toute une frange de la population, particulièrement par ces temps de crise financière que nous vivons.

Les temps ont été durs pour la population des dentistes avec nombre de restrictions en ce qui concerne le tiers payant suite aux abus ayant été constatés à ce niveau par les services de contrôle de l'INAMI. Il est vrai que nous sommes ici dans la caricature de la rémunération dite "à l'acte" d'une part, de la prolifération des actes techniques comme levier inconsidéré d'augmenter ses rentrées financières d'autre part.

À cet égard, on peut se rendre compte que les parts forfaitaires du financement dans les prises en charge de problèmes de santé sont sans conteste une alternative séduisante tant pour les prestataires que pour les patients ; ce pour amortir de façon plus prévisibles les éléments auxquels les uns comme les autres doivent faire face.

Parallèlement, nous constatons un nombre croissant de professions apparentées aux dentistes : assistants dentaires, prothésistes, denturistes, etc. Certaines zones de recouvrements du type de soins existent entre ces professions et paraissent difficilement acceptables dans un système de santé qui devrait être idéalement échelonné et organisé avec une juste subsidiarité.

1. Quelle évaluation peut-on faire des dispositifs existants visant à augmenter l'accessibilité à des soins dentaires de qualité pour tous et quelles mesures ressortent-elles comme nécessaires à prendre pour les années à venir ?

2. Est-il envisageable de faire réaliser une enquête des différents professionnels de soins bucco-dentaires (reconnus ou non) en vue de l'élaboration d'une meilleure visibilité du réseau (et de sa légalité) mis à disposition des citoyens ?

Réponse

1. Ces dernières années, bien des choses ont été réalisées dans le secteur dentaire, qui ont amélioré l'accessibilité financière des soins de santé.

Ainsi, depuis le 1er mai 2009, il est prévu que la quote-part personnelle pour les prestations dentaires (excepté l'orthodontie) effectuées auprès des enfants âgés de moins de 18 ans est intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et le 1er mars 2011, un accord a été conclu pour limiter la quote-part personnelle en cas de prestations onéreuses à un maximum de 15,50 EUR au lieu des 25 % ordinaires du tarif conventionnel.

1. Bulletin n° 073, Chambre, session ordinaire 2011-2012, p. 176.

Par ailleurs, outre l'introduction de nouvelles prestations de base, les limites d'âge de prestations de base existant depuis longtemps ont été élargies.

Les données issues de l'échantillon permanent, dans lesquelles on mentionne le nombre de bénéficiaires qui ont eu au moins un contact avec le dentiste au cours d'une période de deux ans, permettent de constater au cours des dernières années une proposition sans cesse croissante du nombre de personnes qui se rendent chez le dentiste. Cette tendance est perceptible pour la plupart des catégories d'âge séparément mais également globalement.

Les modifications de la nomenclature évoquées ci-dessus contribuent à cet accroissement d'accessibilité et ce travail se poursuivra jusqu'à ce que toutes les prestations dentaires de base soient couvertes, bien entendu par phases, dans les limites des moyens financiers mis à disposition.

Je tiens aussi à attirer votre attention sur le fait que les quotas en matière de règlement par le tiers payant (situation de détresse financière) qui étaient en application pendant la durée de l'Accord national dento-mutualiste 2009-2010 ont été omis dans l'accord 2011-2012.

Les résultats, publiés en 2011, des deux années pendant lesquelles l'étude sur la santé buccale des patients ayant des besoins particuliers (personnes handicapées et personnes âgées fragiles) ont démontré la nécessité pour cette catégorie de rattraper un sérieux retard sur le plan de la santé buccale. C'est pour cette raison qu'est menée actuellement une étude de faisabilité qui vérifiera aussi comment améliorer l'accessibilité physique, émotionnelle et financière aux soins buccaux. À l'issue de cette étude, les résultats seront publiés.

Enfin, je souhaite dire encore que l'enquête sur la santé buccale de la population belge, dont les résultats ont été publiés en 2011, a démontré que les quatre seuils principaux empêchant de se rendre chez le dentiste sont les suivants :

- absence de problème ou de douleur (25 %)
- peur du dentiste (18 %)
- manque de temps (15 %)
- manque de moyens financiers suffisants (11 %).

Cette enquête souligne aussi un grand besoin de sensibiliser la population. À cet égard, je peux renvoyer aux campagnes sur la santé buccale "Sourire pour tous" et "*glimlachen.be*". Il s'agit en l'occurrence d'un projet quadriennal, financé par l'INAMI et exécuté par la Société de médecine dentaire et la "Verbond der Vlaamse Tandartsen", qui touche environ 100.000 enfants au moyen de dentomobiles se rendant dans les écoles et aux événements et qui sensibilise par l'intermédiaire d'accompagnateurs et des médias. À la fin de ces campagnes, on mesurera leurs effets sur la santé buccale.

2. En réponse à votre seconde question, seuls les dentistes diplômés sont autorisés, par l'arrêté royal n° 78, à effectuer des actes intrabuccaux.

Les assistants, prothésistes et mécaniciens dentaires ont donc leur propre terrain de travail, qui exclut donc ces actes intrabuccaux.

Ouvrir en tout ou en partie le terrain de travail du dentiste à d'autres professions nécessite une modification de loi, pour laquelle une réflexion approfondie devra être menée au sujet de ses effets sur la profession en question. S'il existe des motifs fondés pour y apporter des modifications, j'attends de recevoir un signal positif de la part des professions concernées au sein de la Commission de planning ou d'autres organes de concertation d'auxiliaires paramédicaux et/ou de praticiens de l'art dentaire auprès du SPF Santé publique ou de l'INAMI.

VIII. Rapport Qualidem

Recommandations - Réalisation des mesures - État des lieux

Question n° 563 posée le 24 mai 2012 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Madame la Représentante Van Moer [1]

Il y a quelques années, l'INAMI a commandé l'étude Qualidem (1999-2005), qui portait essentiellement sur les soins destinés aux personnes démentes et l'évaluation des besoins en la matière. À l'issue de cette étude, des recommandations intéressantes ont été faites à l'INAMI.

Étant donné le vieillissement de notre population et les solutions supplémentaires à apporter pour assurer les soins aux personnes âgées, la question suivante se pose.

Pourriez-vous communiquer dans quelle mesure, et le cas échéant comment, les conclusions de l'étude Qualidem ont été mises en œuvre ?

Réponse

En réponse à votre question, je peux vous communiquer l'état des lieux de l'ensemble des mesures prises suite aux recommandations faites à travers l'étude Qualidem (Conclusions et Recommandations de l'étude Qualidem II UB/1240) qui, pour rappel, présente le résumé des principales conclusions du Rapport final 2002-2005 et qui concerne la prise en charge des personnes atteintes de démence.

Cet état des lieux reprend l'ensemble des mesures réalisées ou en cours de réalisation par :

- l'INAMI, Service des soins de santé tant du Secteur des maisons de repos, et sa section des soins alternatifs (protocole d'accord n°3, 3e avenant) que de la section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques (ancien Comité scientifique des maladies chroniques)
- le SPF Santé publique, DG Organisation des Établissements de Soins, cellule Acute, Chronische en Ouderenzorg/Soins Aigus, Chroniques et Personnes Agées.

I. INTRODUCTION

Au sein de l'INAMI, deux groupes de travail "démence" ont été mis sur pied ces dernières années. Tout d'abord, le groupe de travail MR/MRS présidé par J-M. Rombeaux s'est chargé de définir la fonction de "référent démence" en MRPA et MRS.

1. Bulletin n° 073, Chambre, session ordinaire 2011-2012, p. 187.

Un autre groupe de travail “démence” a été mis en place au sein de la section scientifique de l’Observatoire des Maladies chroniques (l’ancien Comité Consultatif des Maladies Chroniques) avec pour objectif :

- d’évaluer les mesures proposées sur la démence et reprises dans le programme “Priorité aux malades chroniques! ”
- et de proposer de nouvelles mesures pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de démence.

Ce groupe de travail a également examiné la problématique de la prise en charge des personnes atteintes de démence précoce.

Dans son rapport finalisé en mai 2011, ce groupe de travail a présenté un ensemble de propositions concernant la poursuite et l’évaluation des cliniques de la mémoire, la formation du personnel de soins à domicile et des médecins généralistes, le soutien à l’aidant proche ou encore la prise en charge au domicile ou en institution adaptées aux jeunes déments.

Le groupe de travail a utilisé le rapport Qualidem, ainsi que d’autres analyses et études, et a pris l’avis d’experts.

Les principales propositions sont :

- le soutien du médecin généraliste dans le screening, le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de démence
- l’information centralisée et facilement accessible sur les différentes aides disponibles pour les patients et leurs proches
- le remboursement du diagnostic spécialisé, y compris le bilan neurocognitif
- le financement de “Cliniques de la mémoire”
- le soutien de la prise en charge de ces patients en MRS (formation du personnel, création d’un statut permettant d’accueillir des patients souffrant de démence débutante, fonction de référent démence, développement d’un système de qualité des soins,...)
- le soutien d’initiative permettant de garder le patient dément le plus longtemps possible au domicile, notamment par le soutien de l’aidant proche.

Dans le cadre du Programme “Priorité aux malades chroniques”, un budget INAMI (2011) de plus de 2 500 000 EUR a été consacré aux actions proposées par la section scientifique de l’Observatoire.

II. ÉTAT DES LIEUX DES MESURES RÉALISÉES OU EN COURS DE RÉALISATION :

1. - Mesures prises pour améliorer le diagnostic de la démence

- Depuis le 1er avril 2011, le diagnostic spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste (gériatre, mais également neurologue, ou neuropsychiatre) en ambulatoire, en dehors du contexte de l’hôpital de jour gériatrique est remboursé. Concrètement, il s’agit de nouvelles prestations pour le bilan diagnostique spécialisé de la démence ainsi que l’examen neuropsychologique avec évaluation des fonctions cognitives chez un patient chez qui on suspecte un début de démence. Un budget annuel de 1,25 million d’EUR a été prévu. Cette mesure permet une meilleure accessibilité tant financière que géographique au diagnostic spécialisé qui, jusque là, n’était remboursé que dans le cadre de l’évaluation gériatrique en hôpital de jour. À l’issue du bilan diagnostique, le médecin spécialiste doit envoyer une proposition de plan de traitement (médicamenteux et non médicamenteux) au médecin généraliste traitant
- Une formation E-learning pour les médecins généralistes et le personnel des soins à domicile est développée par SSMG et Domus Médica, cette formation a pour objectif d’améliorer les connaissances sur la démence, les symptômes “d’alerte”, son diagnostic précoce, la prise en charge des personnes atteintes de démence. Le module de formation est en phase de test, il sera bientôt implémenté en 2012 (budget de 225 000 EUR).

2. - Cliniques de la mémoire

Après un appel à candidatures lancé en janvier 2010 et une sélection minutieuse de projets, douze cliniques de la mémoire sont actuellement financées par l'INAMI (budget 1 285 000 EUR) depuis le 1er juin 2011. Ces cliniques de la mémoire sont composées d'équipes multidisciplinaires, et elles ont pour mission d'évaluer les possibilités de réadaptation cognitive du patient, d'établir un plan de traitement en concertation avec le médecin traitant, et de mettre en place les mesures adéquates au maintien à domicile du patient.

Tout bénéficiaire est admis sur prescription du médecin spécialiste ou de son médecin généraliste.

Les cliniques de la mémoire ont pour principal objectif de permettre à ces patients de vivre le plus longtemps possible à domicile ou au domicile d'un proche, avec le plus haut degré possible d'autonomie et le meilleur confort de vie pour eux-mêmes et leurs proches.

Elles dispensent des programmes de rééducation cognitive afin d'apprendre aux patients les stratégies alternatives qui leur permettront d'accomplir certains actes quotidiens en utilisant leurs aptitudes cognitives préservées. Elles forment les proches qui aident les patients dans leur vie quotidienne. Elles conseillent et supervisent les adaptations de l'environnement quotidien qui permettent de pallier les difficultés cognitives. Enfin, elles fournissent une information à l'intention des patients, de leurs proches et des prestataires de soins, sur la maladie, son évolution et ses conséquences.

Le programme de rééducation se déroule sur une année, la possibilité d'étendre la prise en charge des patients ayant bien répondu au traitement pour 2 années supplémentaires est en cours d'examen.

Chaque clinique doit prendre contact avec le médecin généraliste du bénéficiaire, avec le médecin spécialiste qui a prescrit la rééducation, et avec les éventuels autres prestataires de soins de 1re ligne qui le traitent, afin de les associer à la conception du programme de rééducation et de les tenir informés de son déroulement.

3. - Mesures visant à soutenir l'aidant proche (à l'étude)

En 2010, la section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques a effectué une première évaluation des mesures prises et a proposé de nouvelles actions qui sont à l'heure actuelle à l'étude au niveau des organes de décision concerné. Ces propositions ont pour objectif de maintenir le patient le plus longtemps possible au domicile, notamment grâce à une série de propositions visant à soutenir l'aidant proche :

- en améliorant la formation et la qualité de la prise en charge des patients atteints de démence par les services de soins à domicile (formation en démence plus importante, création d'une fonction référent démence)
- en améliorant les possibilités d'accueil en centres de jour, de nuit : création de petites unités de proximité ayant développé des programmes de soins adaptés aux personnes atteintes de démence, création de petites unités de maximum 5 lits en MRS pouvant accueillir des personnes atteintes de démence la nuit
- en facilitant le recours aux structures de répit en MRS ou MRPA, notamment grâce à un soutien psychologique des aidants proches
- par le soutien psychologique et social de l'aidant proche par des équipes spécialisées.

Des cellules d'information et de soutien psychologique des aidants proches d'un patient atteint de démence devraient être développées et soutenues. Ces cellules pourraient être intégrées aux cliniques de la mémoire ou aux hôpitaux généraux, hôpitaux avec service G ou avec un hôpital de jour gériatrique ou au sein de MRS spécialisées dans la prise en charge de ces patients. L'information sur les aides sociales et autres possibilités de prise en charge ou de services existants pourrait être assurée par un travailleur social, au sein des structures communales.

La section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques insiste également sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du patient atteint de démence et propose de le soutenir dans son rôle :

"Le médecin généraliste traitant a un rôle central dans la prise en charge du patient et du soutien de l'aidant proche, il doit pouvoir disposer des informations concernant les diverses possibilités de prise en charge locale, de manière à en faire bénéficier ses patients. Le médecin traitant doit pouvoir évaluer l'état du patient et les répercussions sur l'aidant proche, de manière à pouvoir mettre en place les aides nécessaires, les plus appropriées à l'état du patient et aux besoins de l'aidant proche, il doit assurer un soutien psychologique de l'aidant proche, faciliter l'acceptation des aides mises en place.

Il pourrait être aidé par un travailleur social intégré au réseau multidisciplinaire local, qui pourrait effectuer un véritable "case management", un travail d'évaluation et de suivi des besoins en aide extérieure du patient. Le réseau multidisciplinaire local, en tant que structure territoriale, est intéressant, cette structure a une bonne vision sur les besoins et l'offre, elle pourrait jouer un rôle dans le développement de structures de soins régionales de manière cohérente, adaptée aux besoins de la population.

Des initiatives concernant l'amélioration de la prise en charge du patient atteint de démence devrait être suscitées au sein des réseaux multidisciplinaires locaux, des cercles de médecins généralistes : médecin référent démence, [...]."

Ces propositions visent à améliorer l'organisation des soins pour les patients atteints de démence et leur aidant proche de manière à répondre de la manière la plus appropriée aux besoins en soins. Le rapport Qualidem propose différents outils pour le diagnostic ou l'évaluation en soins, il a été tenu compte de ces propositions lors de l'implémentation de ces mesures.

4. - Formation du personnel et personne de référence pour la démence en maison de repos

Depuis le 1er avril 2010, une partie H a été ajoutée au forfait, destinée à financer la formation et la sensibilisation du personnel des institutions dans le domaine de la prise en charge de la démence. L'encadrement du personnel de réactivation et des soins a été augmenté de 0,8 ETP par 30 patients A présentant un score d'au moins "2" pour l'orientation dans le temps et dans l'espace. La formation du personnel doit être continue.

Un arrêté daté du 4 mai 2010 (M.B. du 01.06.2010), modifiant l'arrêté ministériel de financement des MRPA et des MRS du 6 novembre 2003, prévoit de financer, dès le 1er juillet 2010, 0,5 ETP de personnel infirmier ou de réactivation, en qualité de personne de référence pour la démence. Une circulaire est en cours d'élaboration à l'attention des institutions : celle-ci est conçue comme un outil pratique pour clarifier cette fonction de référent démence. Elle donne des exemples concrets de missions et d'actions possibles.

Cette fonction fait l'objet d'une description détaillée. Une formation spécifique de 60 heures est également prévue, qui deviendra obligatoire pour toutes les personnes de référence après une période transitoire. Celle-ci devrait prendre fin le 30 juin 2013.

5. - Accueil des patients atteints de démence en CSJ

Depuis le 1er janvier 2012, les centres de soins de jour sont ouverts à toutes les personnes atteintes de démence, quelle que soit leur dépendance physique.

Dès le 1er juillet 2011, les normes de personnel ont été adaptées à l'accueil d'un plus grand nombre de patients atteints de démence : le nombre de praticiens de l'art infirmier a été réduit au profit d'un plus grand nombre de membres du personnel de réactivation.

6. - Introduction de la catégorie D en MRPA et en MRS

Lors de l'approbation de l'objectif budgétaire pour 2011, le Conseil général de l'INAMI avait pris la décision suivante :

"En Belgique, plus de 160.000 personnes sont enregistrées comme atteintes de démence et ce chiffre est en constante augmentation à cause du vieillissement de la population. Afin de mieux répondre aux besoins d'accompagnement spécifique des personnes âgées atteintes de démence, il est proposé d'octroyer un budget de 10 millions d'EUR destiné à financer un meilleur encadrement de la démence via la création d'une catégorie D en MRPA et en MRS ce qui se traduira concrètement par la création de 200 emplois à temps plein".

Un groupe de travail composé de représentants des organismes assureurs, d'organisations des maisons de repos, de médecins et d'experts, a formulé des propositions en vue d'un meilleur encadrement de la démence.

En mai-juin 2012, le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI a approuvé deux projets d'arrêtés destinés à introduire et à financer, à partir du 1er octobre 2012, une catégorie de dépendance D en MRPA : cette catégorie D regroupe toutes les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de démence, quelle que soit leur dépendance physique, et leur attribue un encadrement spécifique.

Pour des raisons budgétaires, il a été décidé de reporter en 2013 l'introduction de cette mesure dans les MRS, une fois que le coût de son introduction en MRPA aura pu être évalué.

7. - Mesures portant sur les "Soins requis" et l'amélioration constante de la qualité

Le SPF Santé publique a développé dans ce cadre une recherche sur l'utilisation et les possibilités d'implémentation de l'instrument MDS-RAI, tel que recommandé par l'étude Qualidem dans les thèmes "Besoins de soins et amélioration de la qualité continue. L'instrument MDS-RAI a entretemps été développé pour arriver à un instrument belge transmural "BelRAI". Cet instrument permet l'évaluation des besoins de soins et l'échange des résultats entre les prestataires de soins dans l'hôpital, à domicile et dans les maisons de repos. Les conclusions finales de la recherche qui a débuté en 2006 ont été présentées le 8 décembre 2011 via le "Symposium BelRai : plus qu'un instrument". Pour l'instant, l'instrument BelRAI est aussi utilisé par les projets de renouvellement de soins protocole 3, organisés par l'INAMI. La CIM du 18 juin 2012 a rendu possible un co-financement de l'instrument RAI par les Communautés et Régions et a demandé la création d'un groupe de travail en vue d'examiner les développements ultérieurs de l'outil.

Le 22 décembre 2010, le groupe de travail mixte "Médecin coordinateur et conseiller" (MCC) a approuvé le texte de synthèse "propositions et mesures pour une meilleure coordination de la politique des soins dans les maisons de soins et repos". Ce texte comprend des tâches et des missions spécifiques pour les institutions et le MCC relatives aux aspects de l'évaluation des soins et de l'amélioration des soins pour les personnes âgées avec démence. Ce texte s'est traduit par un avis du CNEH en février dernier. Aujourd'hui, on examine la possibilité d'appliquer les recommandations formulées.

8. - Mesures en cours visant entre autres à améliorer, l'organisation des soins, les soins requis, l'amélioration permanente de la qualité et les aidants familiaux

Projets de soins alternatifs à des personnes âgées fragiles

Le protocole d'accord n° 3 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées ainsi que son 3e avenant prévoient et organisent le développement des formes alternatives de soins à des personnes âgées fragiles. À cet effet, 20 % des moyens budgétaires concernés par le protocole devaient y être dédiés et ce à travers 2 appels à projets.

À ce jour, seul le premier appel à projets a été lancé suite à la publication de l'arrêté royal du 2 juillet 2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles. Cet arrêté définit entre-autres les conditions qui permettent de déterminer la fragilité d'une personne âgée. Le fait de souffrir de démence (diagnostic établi dans des conditions précises) est une de ces conditions.

66 projets ont pu ainsi démarrer leurs activités au 1er mars 2010 et sont donc susceptibles de pouvoir prendre en charge des patients souffrant de démence. Actuellement, en raison d'arrêts de projets et de fusions, 62 projets sont en activité. 15 projets (25 %) ont fait le choix de focaliser leur intervention sur les patients souffrant de démence et vivant à domicile. La nature de la prise en charge est variable selon chaque projet. On peut toutefois distinguer, de manière non-exhaustive, des prises en charge assurant :

- du case-management, qui contribue à répondre à la recommandation d'organisation des soins en intensifiant notamment la coordination des soins (recommandations nos 5 et 8)
- des structures de répit et des structures d'accueil de jour, qui contribuent à soulager l'aidant proche (recommandation n° 3). Certains des centres de soins de jours ici visés constituent en fait des précurseurs de l'offre de prise en charge développée dans le secteur des centres de soins de jour à partir du 1er janvier 2012, raison pour laquelle ils devront, selon les cas, soit s'arrêter, soit réorienter leurs activités
- des formes de soutien psychologique
- une combinaison des ces différents éléments.

Comme mentionné ci-dessous, un certain nombre de projets (48/62) utilisent le BelRAI et ses potentialités pour l'entièreté de leurs patients, ce qui contribue à permettre une meilleure détermination des besoins nécessaires (recommandation n° 5). Les 14 projets restant devraient être invités prochainement à migrer de la version RAI-P3 de l'instrument vers le Bel-RAI et l'entièreté de ses fonctionnalités.

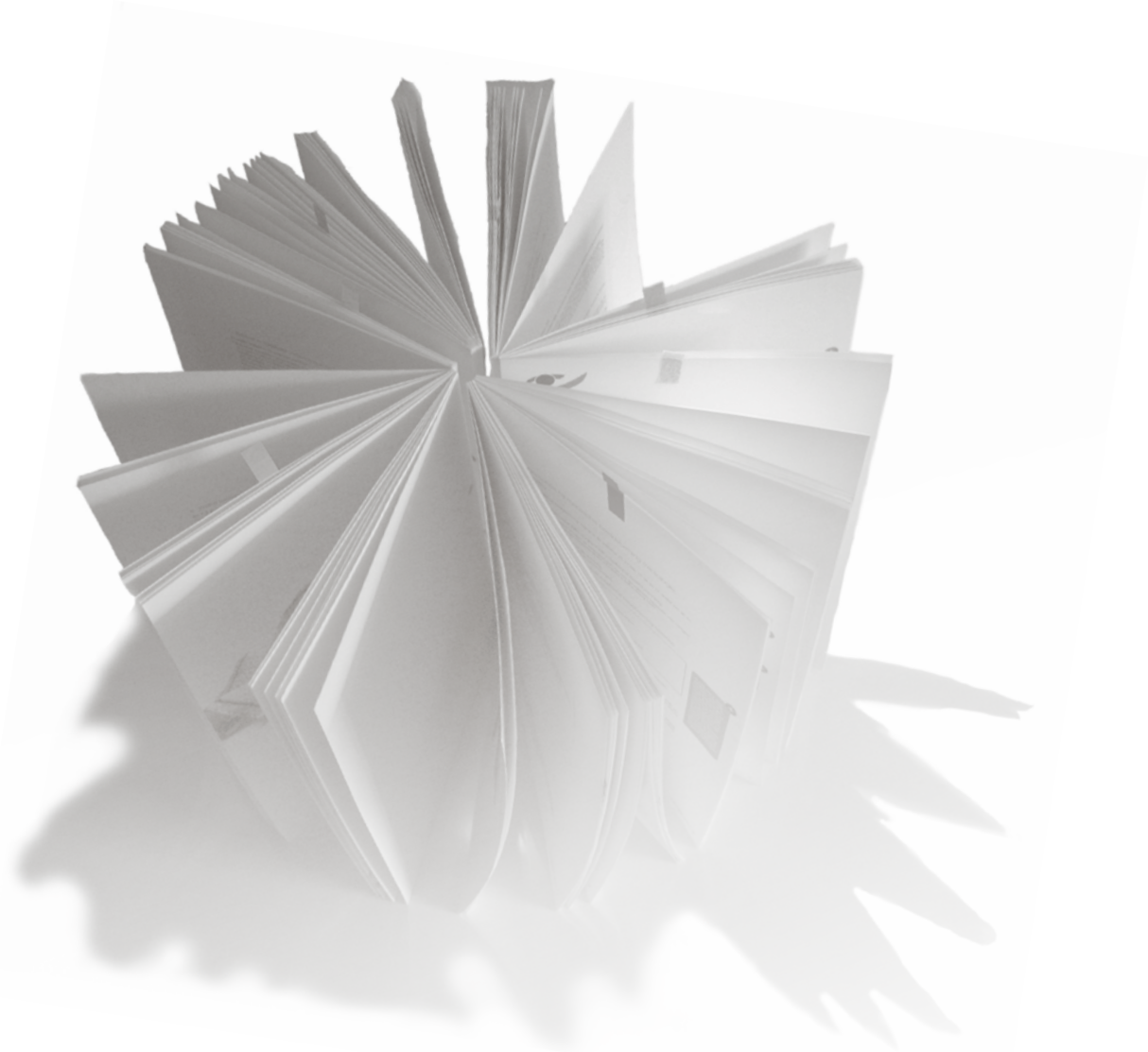
Le 2e appel (revu à la baisse suite à la CIM du 18.06.2012) va être lancé à l'automne 2012. Indépendamment des recommandations de l'étude Qualidem, il est intéressant de mentionner que dans le cadre de la préparation du 2e appel à projets, les recommandations du KCE relatives à la prise en charge non-pharmacologique des patients atteints de démence ont été consultées.

La démence remet en question nos pratiques de soins, de prise en charge et d'accompagnement des personnes qui en sont atteintes. Ces dernières années, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a réalisé différentes études sur la démence.

En effet, en 2009, un rapport du KCE a attiré l'attention sur les limites des médicaments chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer. L'efficacité de l'arsenal thérapeutique actuel est très limitée et les preuves de l'efficacité de certains médicaments sont si faibles que le KCE remet en question leur remboursement.

Dans un rapport publié en 2011, le KCE a analysé trente formes de prise en charge non médicamenteuses. Des données scientifiques montreraient l'efficacité de quatre d'entre elles. D'une part, le soutien psychologique, social et la formation de l'entourage seraient à privilégier à domicile. En institution, la formation du personnel soignant diminuerait l'usage des moyens de contention. Enfin, l'activité physique et la stimulation des fonctions cognitives exerceraient un effet positif sur la personne souffrant de démence. Deux conditions pour le succès des ces interventions : un suivi professionnel régulier et un ajustement de l'intervention au patient et à son entourage. Le KCE souligne que les données scientifiques manquent pour tirer des conclusions relatives aux autres interventions.

5e Partie
Directives de l'INAMI



I. Application de l'article 225 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
Notions de revenus et composition du ménage
Preuve des revenus et de la composition du ménage
Mesures de contrôle

1. Revenus visés à l'article 225, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

1.1. Revenus résultant d'une activité professionnelle :

L'article 225, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précise ce qu'il faut entendre par activité professionnelle au sens des §§ 1er et 2 de cet article.

Par activité professionnelle, il faut entendre toute activité susceptible de produire des revenus visés, suivant le cas, à l'article 23, § 1er, 1°, 2° ou 4°, ou à l'article 228, § 2, 3° et 4° du Code des impôts sur les revenus 1992 (C.I.R.), même si cette activité est exercée par personne interposée. Il est également tenu compte de toute activité analogue exercée dans un pays étranger ou au service d'une organisation internationale ou supranationale.

En principe, il n'est donc tenu compte que des revenus résultant d'une activité professionnelle, qui sont pris en considération sur le plan fiscal.

L'article 23, § 1er, 1°, 2° et 4° C.I.R. a trait aux bénéfices, profits et rémunérations.

L'article 228, § 2, 3° et 4° C.I.R. a trait aux bénéfices réalisés par un établissement belge (est visée une entreprise à l'aide de laquelle des activités professionnelles d'une entreprise étrangère sont exercées totalement ou partiellement en Belgique) ou aux profits, résultant d'une activité exercée en Belgique (par des personnes physiques qui ne résident pas en Belgique mais y exercent une activité).

1.1.1. BÉNÉFICES ET PROFITS (ART. 23, § 1er, 1° ET 2° C.I.R.)

Les bénéfices comprennent tout revenu d'une entreprise industrielle, commerciale ou agricole ainsi que tous les avantages que l'entrepreneur obtient en raison de l'exercice de l'activité.

Les profits sont tous les revenus d'une profession libérale, charge ou office et tous les revenus d'une occupation lucrative qui ne sont pas considérés comme des bénéfices ou rémunérations (par ex., les indemnisations de mandataires politiques ou du président d'un CPAS).

Il en va de même pour les revenus visés à l'article 228, § 2, 3° et 4° (voir ci-dessus).

1.1.2. RÉMUNÉRATIONS : (ART. 23, § 1er, 4° C.I.R.)

Les rémunérations sont toutes les rétributions *sensu lato* des travailleurs (sous contrat de travail ou un autre statut) et des chefs d'entreprise. Est considéré comme chef d'entreprise toute personne physique dans l'exercice d'un mandat d'administrateur, de gérant, de liquidateur ou de fonctions analogues ou encore, la personne qui, dans une société, exerce une activité ou fonction dirigeante sans être liée par un contrat de travail.

1.1.3. AVANTAGES ANNUELS

Pour l'application de l'article 225, § 3, il y a lieu de tenir compte d'un douzième du montant des avantages payés annuellement. Sont visés notamment les primes, les participations au bénéfice, le treizième mois, les gratifications, le double pécule de vacances ou le pécule complémentaire.

1.1.4. PERSONNE QUI NE TRAVAILLENT PAS EN QUALITÉ DE TRAVAILLEURS SALARIÉS

Pour des personnes qui ne travaillent pas en qualité de travailleurs salariés, le montant mensuel des revenus (bénéfices et profits, tant ceux visés à l'art. 23 qu'à l'art. 228 C.I.R.) est fixé fictivement à 1/12e de 100/80e de la différence entre le bénéfice brut ou les profits bruts et les frais professionnels.

Il y a lieu de considérer comme **revenu professionnel** notamment :

- la quote-part du revenu professionnel qui, en application de l'article 86 C.I.R., est attribuée à titre de revenus au conjoint qui aide effectivement l'autre conjoint dans l'exercice de l'activité. Cette quote-part doit correspondre à la rémunération normale des prestations du conjoint aidant
- le revenu professionnel de l'activité indépendante de l'épouse, dont le conjoint aidant est assujetti à sa place au statut social des travailleurs indépendants, à l'exception des revenus qui, en application de l'article 86 C.I.R. sont attribués au mari (cfr : art. 12 de l'A.R. du 19.12.1967 portant règlement général en exécution de l'A.R. n° 38 du 27.07.1967 ; cette disposition n'est plus d'application depuis le 01.10.1985, sauf pour les titulaires qui étaient déjà assujettis en cette qualité le 30.09.1985)
- les revenus qui résultent de la gestion de biens immobiliers comme activité indépendante (profession principale ou accessoire), qui consiste principalement en la vente de biens immobiliers
- les revenus découlant de la gestion active d'un portefeuille d'assurances.

Ne sont en principe **pas** considérés comme **des revenus professionnels** :

- les revenus de biens immobiliers (revenu cadastral, loyers)
- les revenus de biens mobiliers (dividendes, intérêts,…).

Il importe que ce revenu soit obtenu en dehors du cadre d'une activité professionnelle, où notamment la régularité des opérations est déterminante.

Sont notamment considérés comme **des frais professionnels** (art. 52 C.I.R).

- le loyer et les charges locatives (ainsi que le précompte immobilier, y compris les centimes additionnels) afférents aux biens immobiliers ou parties de biens immobiliers affectés à l'exercice de la profession et les frais généraux résultant de leur entretien, chauffage, éclairage, etc.
- les charges financières (intérêts des capitaux empruntés) et les amortissements des immobilisations corporelles et incorporelles (les montants investis dans l'entreprises, ne peuvent pas être déduits mais bien le montant de l'amortissement)
- les rémunérations des membres du personnel (y compris les cotisations de sécurité sociale), honoraires, provisions, …

Les pertes professionnelles de l'entreprise (disparition ou moins-value définitive d'une partie de l'actif ou formation d'un passif) ne peuvent en aucun cas être déduites des bénéfices ou profits bruts.

1.2. Revenus de remplacement :

Pour les revenus de remplacement, il n'est pas fait référence à un critère fiscal. En principe, **tous** les revenus de remplacement doivent être pris en considération.

L'article 225, § 3 fait référence aux pensions, rentes, allocations ou indemnités accordées en vertu d'une législation belge ou étrangère.

1.2.1. PENSIONS, RENTES, ALLOCATION OU INDEMNITÉS

Pensions : toute pension de survie, de vieillesse, d'ancienneté ou de retraite, ou tout avantage de même nature, qui est attribué soit par une institution de sécurité sociale, soit par une administration publique (p.ex. commune ou province) ou par un établissement public ou un organisme d'intérêt public.

Par pension, on entend également le pécule de vacances et les autres avantages octroyés aux titulaires d'une pension de retraite et qui doivent être ajoutés à l'avantage mensuel. Le montant des avantages annuels (pécule de vacances) doit être divisé par 12 et doit être ajouté au montant mensuel des pensions.

Rente : rente en cas d'accident du travail (loi du 10.04.1971 sur les accidents du travail) ou en cas de maladie professionnelle (A.R. du 03.06.1970 portant coordination des dispositions légales relatives aux maladies professionnelles).

Y est également compris le supplément pour aggravation, qui, dans le cadre de la loi sur les accidents de travail, est octroyé à la victime lorsque le taux de l'incapacité de travail permanente est majoré après le délai de révision (trois ans) et que le nouveau taux d'incapacité de travail atteint au moins 10 %.

- Toutes les interventions (handicapés) indemnités ou allocations (de chômage ou d'incapacité de travail) et les indemnisations octroyées en vertu du droit commun à titre de réparation d'un dommage corporel
- les indemnités payées par les Fonds de sécurité d'existence
- les sommes payées en exécution d'une obligation légale de payer une pension ou une contribution alimentaire, à l'exception de celles qui le sont en application de l'article 225, § 1er, 5° de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
- le revenu d'intégration payé par les CPAS (loi du 26.05.2002 concernant le droit à l'intégration sociale)
- la partie de la pension de retraite octroyée au conjoint séparé de fait ou de corps et de biens
- le complément de reprise de travail accordé par l'ONEM (art. 129*bis* à 129*quater* de l'A.R. du 25.11.1991 portant réglementation du chômage).

1.2.2. REVENUS DE REMPLACEMENT QUI NE SONT PAS PRIS EN CONSIDÉRATION

L'article 225, § 3 dispose qu'il n'est pas tenu compte des indemnités suivantes :

- le complément d'ancienneté octroyé aux chômeurs âgés (art. 126 à 129 de l'A.R. du 25.11.1991 portant réglementation du chômage, voir circ. O.A., rubrique 421/15 du 28. 06.1989)
- l'indemnité complémentaire aux allocations de chômage octroyée en vertu de la C.C.T. n° 46 du 23 mars 1990, conclue au sein du C.N.T. et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 10 mai 1990 (voir circ. O.A., rubrique 421/16 du 22.03.1991)

- l'allocation complémentaire forfaitaire octroyée au chômeur occupé dans le cadre d'une agence locale pour l'emploi
- l'allocation qui est accordée pour compenser la perte ou la réduction d'autonomie (il ne faut donc pas tenir compte des interventions pour l'aide d'une tierce personne accordées en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ni de l'allocation forfaitaire pour aide de tiers octroyée dans le cadre de l'assurance indemnités).

Ne sont **pas** davantage à considérer comme des revenus de remplacement pour l'application de l'article 225, § 3 :

- les pensions de guerre ou les pensions dites immunisées qui entendent réparer un dommage corporel du fait de la guerre, lors de l'exercice du devoir militaire ou civil
- les allocations familiales
- l'allocation d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées octroyées dans la cadre de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés ou l'indemnité pour l'aide d'une tierce personne octroyée en application de l'ancienne loi du 27 juin 1969 relative aux allocations aux handicapés (il ne s'agit pas en l'occurrence d'un supplément à l'allocation ordinaire, spéciale ou complémentaire, mais d'une autre allocation)
- la pension alimentaire qui est payée en application de l'article 225, § 1er, 5° de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
- la rente d'invalidité, payée sur la base d'un contrat d'assurance privé
- la pension octroyée en exécution d'une assurance groupe (pension complémentaire) ou des avantages résultant de l'épargne-pension
- l'aide sociale accordée par les C.P.A.S.

1.2.3. MESURES DE NEUTRALISATION

1.2.3.1. Maintien de la qualité de titulaire ayant personne à charge en faveur des titulaires qui cohabitent avec un invalide indépendant bénéficiant depuis le 1er janvier 2006 de l'augmentation de l'indemnité d'invalidité des travailleurs indépendants ayant mis fin à leur entreprise en vue de l'aligner sur le montant du minimum travailleur régulier cohabitant (art. 225, § 5).

Lorsque les indemnités d'invalidité du titulaire indépendant cohabitant avec le titulaire dépassent, à partir du 1er janvier 2006, le plafond de revenus personne à charge en raison de l'augmentation de l'indemnité d'invalidité du travailleur indépendant ayant cessé son entreprise en vue de l'aligner sur les minimas travailleurs réguliers, ce dernier maintient néanmoins la qualité de titulaire avec personne à charge, à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

Cette mesure de neutralisation qui est en vigueur depuis le 1er janvier 2006 et qui était d'application jusqu'au 31 décembre 2009, puis jusqu'au 31 décembre 2010 a fait l'objet d'une nouvelle prolongation jusqu'au 31 décembre 2011.

1.2.3.2. Maintien de la qualité de titulaire ayant personne à charge en cas d'augmentation des minima pension des travailleurs salariés par l'arrêté royal du 12 juin 2008 portant augmentation du montant minimum garanti des pensions de retraite et de survie pour travailleurs salariés ou des travailleurs indépendants par la loi-programme du 8 juin 2008 (art. 225, § 6).

1.2.3.2.a. Augmentation des minima pension des travailleurs salariés

Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1er juillet 2008 des minima de pension des travailleurs salariés par l'arrêté royal du 12 juin 2008 portant augmentation du montant minimum garanti des pensions de retraite et de survie pour travailleurs salariés, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

1.2.3.2.b. Augmentation des minima pension des travailleurs indépendants

Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1er juillet 2008 des minima de pension des travailleurs indépendants par la loi-programme du 8 juin 2008, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

1.2.3.3. Maintien de la qualité de titulaire ayant personne à charge en cas d'augmentation des prestations sociales accordées au cohabitant dans le cadre du pacte de solidarité entre les générations (art. 225, § 7).

Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent, à partir du 1er janvier 2009, le plafond des revenus visé au § 3 de l'article 225, uniquement en raison de l'application d'une mesure de revalorisation prise en exécution du Titre II, Chapitre II de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, ou du Titre V, Chapitre 1er de la même loi, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

Ainsi, il n'est pas tenu compte de la prime de rattrapage octroyée sous certaines conditions aux titulaires invalides (art. 237*quinquies* de l'A.R. du 03.07.1996).

1.2.3.4. Maintien de la qualité de titulaire ayant personne à charge en cas d'augmentation des minima pension (adaptation bien-être) des travailleurs indépendants visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 3 mars 2010 modifiant l'article 131*bis*, § 1er*septies*, de la loi du 15 mai 1984 portant des mesures d'harmonisation dans les régimes de pension (art. 225, § 8).

Lorsque les revenus de la personne à charge dépassent le montant visé au § 3, alinéa 1er, uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1er août 2010 des minima de pension des travailleurs indépendants, visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 3 mars 2010 modifiant l'article 131*bis*, § 1er*septies*, de la loi du 15 mai 1984 portant des mesures d'harmonisation dans les régimes de pension, le titulaire maintient la qualité de titulaire avec personne à charge à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

1.2.4. CONVERSION EN UN MONTANT MENSUEL

Les indemnités ou les allocations dont le montant est journalier, doivent être multipliées par 26 pour obtenir le montant mensuel. Toutefois, le montant journalier d'une indemnité octroyée pour une incapacité temporaire de travail en application de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents de travail ou des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970, doit être multiplié par 30 pour obtenir le montant mensuel.

2. Composition de ménage du titulaire

2.1 Généralités

Pour la composition du ménage du titulaire, l'organisme assureur doit se baser sur les données du Registre national. L'article 225, § 4 fait référence à l'information visée à l'article 3, alinéa 1er, 5° de la loi du 8 août 1983 (organisant un Registre national des personnes physiques), c'est-à-dire, la résidence principale.

L'organisme assureur **ne peut** tenir compte d'autres données que lorsqu'il ressort d'autres documents probants produits à cet effet que la situation à prendre en considération ne correspond pas ou plus aux données du Registre national.

Il convient de tenir compte **immédiatement et de manière continue** (pas uniquement lors de l'enquête annuelle) de toute modification de la composition de ménage, qui est communiquée à l'organisme assureur par le biais du réseau de la Banque-Carrefour (pour les assurés pour lesquels l'intégration a eu lieu) et le C.I.N. L'organisme assureur doit donc vérifier si la modification de la situation familiale a une incidence sur la qualité de l'intéressé (titulaire avec ou sans personne à charge, titulaire qui peut prétendre à une indemnité plus élevée pour cause de perte de revenu unique) et doit, le cas échéant, adapter le montant de l'indemnité et procéder le plus vite possible à la récupération des indemnités octroyées indûment (voir pt. 5 ci-après).

2.2. Situations exceptionnelles

Lorsque, sur la base des documents probants transmis, il ressort que la situation réelle de l'intéressé ne correspond pas ou plus aux données du Registre national, l'organisme assureur peut tenir compte de cette situation.

Si nécessaire, l'organisme assureur doit procéder à un examen complémentaire sur base de documents ou éléments en sa possession. Voici quelques situations dans lesquelles pareil examen peut être indiqué :

- l'organisme assureur dispose lui-même de données qui indiqueraient que les données du Registre national ne correspondent pas (plus) à la situation de fait de l'intéressé :
  - l'intéressé demande l'inscription de personnes à sa charge pour le droit aux soins de santé, alors que l'intéressé était considéré comme isolé
  - il ressort de documents justificatifs (avertissement extrait de rôle relatif à l'impôt des personnes physiques) que l'intéressé a fiscalement une ou plusieurs personnes à sa charge, alors que l'intéressé était considéré comme isolé
- l'intéressé communique lui-même que sa situation familiale ne correspond pas aux données du Registre national (avec présentation de pièces justificatives probantes)
- l'intégration de l'intéressé par le biais de la B.C.S.S. n'a pas encore eu lieu.

3. Preuve du revenu et preuve de la composition du ménage

3.1. Preuve du revenu (formulaire 225)

3.1.1. LE COHABITANT DÉCLARE BÉNÉFICIER D'UN REVENU SUPÉRIEUR AU PLANCHER

Lorsque le cohabitant déclare disposer d'un revenu mensuel **supérieur** au montant mensuel maximum autorisé pour pouvoir être considéré comme personne à charge, il **n'y** a **pas lieu** de joindre des pièces justificatives particulières au formulaire 225.

Lorsque l'intéressé mentionne toutefois sur le formulaire 225 qu'il dispose de revenus dont il n'est pas tenu compte pour l'application de l'article 225, § 3 (complément d'ancienneté octroyé aux chômeurs âgés, indemnité complémentaire octroyée en vertu de la C.C.T. n° 46, allocation complémentaire résultant d'une activité A.L.E.), l'organisme assureur doit, si nécessaire, procéder à des vérifications supplémentaires.

Ainsi, le chômeur prouve qu'il bénéficie d'un complément d'ancienneté au moyen d'une attestation établie par la caisse de paiement des allocations de chômage; il prouve le bénéfice d'une indemnité complémentaire aux allocations de chômage au moyen d'une attestation établie par l'employeur chargé du paiement de cette indemnité (art. 225, § 3, al. 4).

voir en ce sens, les déclarations jointes au formulaire 225 et les instructions des circulaires O.A. rubriques 421/15 et 421/16 du 28 juin 1989 et du 22 mars 1991.

3.1.2. LE COHABITANT BÉNÉFICIE D'UN REVENU INFÉRIEUR AU PLANCHER

Il s'agit d'un revenu **imposable**.

Lorsque le cohabitant bénéficie d'un revenu imposable (revenu d'un travail salarié ou indépendant, revenu de remplacement), il doit joindre au formulaire 225 l'avertissement-extrait de rôle le plus récent concernant ces revenus (cela peut être l'avertissement-extrait de rôle établi au nom du titulaire et de son épouse), ainsi qu'une copie de la fiche de salaire la plus récente ou d'un autre document qui donne un aperçu du revenu de remplacement (attestation de l'organisme payeur des revenus de remplacement, fiche de calcul des vacances annuelles, preuve de paiement de la prime de fin d'année ou du 13e mois, etc…).

Le cohabitant bénéficie d'un revenu **non imposable**

Lorsque l'intéressé bénéficie d'un revenu non imposable ou exempté d'impôts, il doit toujours joindre au formulaire 225 une pièce justificative concernant ce revenu :

- il peut s'agir d'une déclaration de l'employeur ou de l'organisme payeur des prestations sociales
- il peut s'agir d'une copie de la fiche de salaire la plus récente ou d'un autre document qui donne un aperçu du revenu (de remplacement)
- les titulaires d'une pension (législation belge ou étrangère) peuvent présenter comme preuve la souche de l'assignation postale ou bancaire la plus récente ou la preuve la plus récente du paiement de la pension.

3.1.3. LE COHABITANT DÉCLARE NE PAS BÉNÉFICIER DE REVENUS

Lorsque le cohabitant déclare ne pas bénéficier de revenus :

- il doit présenter l'avertissement-extrait de rôle du titulaire lui-même, lorsqu'il est fiscalement à sa charge
- il doit, si aucun avertissement-extrait de rôle ne peut être présenté, soit indiquer qu'il est exempté de l'obligation de faire une déclaration, soit signaler que l'administration fiscale ne lui envoie plus d'avertissement-extrait de rôle.

3.1.4. SITUATIONS PARTICULIÈRES

3.1.4.1. Enfant qui a la qualité de personne à charge

Lorsqu'un enfant confère la charge de famille au titulaire, l'organisme assureur ne doit pas disposer d'une preuve de revenus si l'enfant n'a pas encore atteint l'âge de 15 ans.

À partir de l'âge de 15 ans :

- aucune pièce justificative ne doit être réclamée si l'enfant bénéficie d'un revenu mensuel supérieur au montant du plancher autorisé
- si le revenu mensuel de l'enfant est inférieur au montant plancher, le titulaire doit présenter un document récent prouvant qu'il perçoit des allocations familiales ou une copie de son avertissement-extrait de rôle le plus récent, ou, s'il n'a pas reçu d'avertissement-extrait de rôle, la pièce justificative la plus récente relative au revenu de son enfant (attestation de l'employeur ou de l'organisme payeur des prestations sociales)

- si l'enfant n'a aucun revenu, le titulaire doit présenter une copie de l'avertissement-extrait de rôle le plus récent, dont il appert que l'enfant est fiscalement à sa charge, ou, s'il n'a pas reçu d'avertissement- extrait de rôle, un document prouvant qu'il perçoit des allocations familiales.

3.1.4.2. Titulaire qui se trouve dans la situation visée à l'article 226 et qui paie une pension alimentaire ou une contribution alimentaire ou qui cède une partie de ses revenus à son conjoint

Dans le dossier administratif de l'intéressé, l'organisme assureur doit disposer d'une copie de la décision judiciaire ou de l'acte notarié dont il ressort qu'il est tenu de payer une pension alimentaire et/ou une contribution alimentaire ou une copie de la décision judiciaire dont il ressort que l'intéressé cède une partie de ses revenus à son conjoint pour un montant minimum de 111,55 EUR par mois.

Ainsi, lors du contrôle du titulaire en incapacité primaire ou du contrôle annuel des titulaires invalides, l'assuré doit présenter l'avertissement-extrait de rôle des contributions directes le plus récent, qui fait apparaître que 80 % du montant de la pension alimentaire, de la contribution alimentaire, qu'il paie ou de la cession d'une partie de ses revenus, est défalqué, comme dépense déductible du total de ses revenus nets, en application de l'article 104, premier alinéa, 1° ou 2° du Code des Impôts de 1992.

Si l'assuré ne reçoit plus d'avertissement-extrait de rôle ou ne dispose pas encore d'un avertissement-extrait de rôle faisant apparaître le paiement de la pension alimentaire, de la contribution alimentaire ou de la cession de rémunération, il doit alors présenter la preuve du paiement régulier de celle-ci (par ex., copie des extraits de compte les plus récents).

Sont visés, les titulaires qui se trouvent dans la situation visée à l'article 226 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, c'est-à-dire qui soit vivent seul, soit cohabitent avec des personnes qui ne bénéficient d'aucun revenu et ne sont pas considérées comme personnes à charge.

3.1.4.3. Co-parenté

Lorsque le titulaire éduque un ou plusieurs enfants dont les revenus sont inférieurs au plafond prévu à l'article 225, § 3, sous le régime de la co-parenté (cohabitation au moins deux jours par semaine en moyenne), une copie de la décision (jugement ou acte notarié) qui officialise cette situation doit être communiquée à l'organisme assureur.

! Le bénéfice du régime de la co-parenté n'est pas réservé, comme c'est le cas dans la réglementation chômage, aux titulaires qui sont isolés (art. 226 de l'A.R. du 03.07.1996).

> Le titulaire qui cohabite avec un parent ou allié jusqu'au 3e degré dont le revenu brut est supérieur ou égal à 1 387,49 EUR et avec un enfant, dans le cadre de la co-parenté peut bénéficier du taux avec charge de famille.

En effet, dans ce cas de figure, l'enfant ouvre le droit à la charge de famille et le parent ou allié jusqu'au 3e degré ne le fait pas perdre, conformément à l'article 225, § 2, alinéa 1er.

3.2. Preuve de la composition du ménage

Dans les relations entre l'INAMI et les organismes assureurs, les informations obtenues auprès du Registre national et reprises sur une fiche d'identification, ont force probante lorsque ces données figurent dans la banque de données, visée à l'article 2 de l'arrêté royal du 10 octobre 1994 (portant exécution de l'art. 8 de la loi coordonnée le 14.07.1994). Lorsque ces conditions sont remplies, il n'est plus nécessaire d'avoir d'autres documents justificatifs dans le dossier administratif de l'intéressé.

Lorsque ces conditions ne sont pas remplies (p.ex. la banque de données n'est pas encore opérationnelle, il n'y a pas eu d'intégration pour un assuré, l'organisme assureur se base sur d'autres données que celles du Registre national), les autres documents justificatifs doivent se trouver dans le dossier administratif de l'intéressé (fiche d'identification, autres documents probants en ce qui concerne la composition du ménage).

4. Périodicité des mesures de contrôle à appliquer

4.1. Travailleur salarié – Chômeur contrôlé

4.1.1. DÉBUT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

À partir du 1er janvier 2010, plus aucun formulaire 225 ne doit être envoyé au début de l'incapacité de travail.

En effet, depuis le 1er janvier 2009, tous les titulaires en incapacité primaire bénéficient d'une indemnité dont le montant correspond à 60 % de la rémunération journalière moyenne. Il n'est donc plus fait de distinction entre les titulaires ayant personne à charge ou isolés et les titulaires cohabitants.

En outre, par arrêté royal du 3 décembre 2009 modifiant, en matière de précompte professionnel, l'A.R./CIR 92, publié au Moniteur belge du 11 décembre 2009, l'annexe III de l'A.R./CIR 92 a été remplacée par une nouvelle annexe qui prévoit que pour l'application du précompte professionnel sur les indemnités accordées à tous les titulaires (avec ou sans charge de famille) **pendant les six premiers mois de l'incapacité de travail, il faut tenir compte du montant de l'indemnité minimum accordée à un travailleur non régulier avec charge de famille** (les dispositions de la nouvelle annexe s'appliquent aux indemnités payées à partir du 01.01.2010).

4.1.2. DANS LE COURANT DU 5e OU DU 6e MOIS D'INCAPACITÉ

4.1.2.1. Envoi du formulaire 225

La mutualité doit vérifier la composition de ménage du titulaire sur la base des données du Registre national (voir ci-dessus, sous les pts 2.1 et 3.2).

À partir du 1er jour du 7e mois d'incapacité de travail, la mutualité doit pouvoir opérer la distinction entre les titulaires ayant personne à charge, les titulaires isolés et les titulaires cohabitants pour l'octroi des minima (travailleur régulier ou travailleur non régulier). L'organisme assureur doit donc disposer des données relatives à la charge de famille à partir de cette date afin de déterminer correctement le montant de l'indemnité à allouer au titulaire. À cette fin, la mutualité envoie au plus tard, dans le courant du 6e mois, le formulaire 225 à l'ensemble des titulaires.

! Sur le formulaire 225, il y a lieu de mentionner le revenu du cohabitant relatif au mois qui précède le mois au cours duquel le contrôle est effectué.

En cas de **rechute** en incapacité primaire (p.ex. après une reprise de travail de moins de 14 jours), les mesures de contrôle ne doivent pas de nouveau être appliquées et l'organisme assureur peut se baser sur les documents justificatifs qui lui ont été transmis antérieurement.

Pour toute **nouvelle** période d'incapacité primaire, les mesures de contrôle doivent à nouveau être appliquées.

Tant que l'organisme assureur ne dispose pas des données relatives à la charge de famille via le formulaire 225 dûment complété, il ne peut accorder des indemnités qu'au taux prévu pour les titulaires sans charge de famille, cohabitants.

4.1.3. DANS LE COURANT DU MOIS DE L'ENTRÉE EN INVALIDITÉ ET CONTRÔLE ANNUEL ULTÉRIEUR À LA DATE D'ANNIVERSAIRE DE L'ENTRÉE EN INVALIDITÉ

- L'organisme assureur doit effectuer le *contrôle annuellement*, en ce qui concerne la preuve du revenu des membres du ménage (envoi du formulaire 225). En ce qui concerne la composition du ménage (vérification des données du Registre national), la mutualité doit vérifier de manière continue toute modification de la composition du ménage :
  - le **premier** contrôle doit avoir lieu dans le courant du mois au cours duquel le titulaire entre en invalidité
  - **ensuite**, le contrôle doit se faire annuellement dans le courant du mois anniversaire de la date du début de l'invalidité

> le titulaire a été reconnu comme étant incapable de travailler à partir du 2 mai 2010 et entre en invalidité le 2 mai 2011. L'intéressé continue à être reconnu invalide. Après l'entrée en invalidité, le contrôle annuel doit avoir lieu dans le courant du mois de mai.

Ce contrôle doit se faire **annuellement** pour **tous les titulaires invalides**.

- Lors de **l'entrée en invalidité**, aussi longtemps qu'il ne dispose pas des documents justificatifs nécessaires (formulaire 225 et annexes), l'organisme assureur ne peut accorder des indemnités qu'au taux prévu pour les titulaires sans charge de famille, cohabitants
- Par la suite, lorsque l'organisme assureur n'est pas en possession du formulaire 225 dûment complété le **premier jour du troisième mois** qui suit le mois au cours duquel le **contrôle annuel** en invalidité est effectué, les indemnités ne peuvent être octroyées à partir de ce jour, qu'au taux prévu pour un titulaire sans charge de famille cohabitant.

Après réception des pièces justificatives, l'organisme assureur doit procéder aux vérifications requises et, si nécessaire, effectuer une régularisation (accorder un supplément ou récupérer).

- **En cas de rechute en invalidité** (moins de trois mois de reprise du travail ou du chômage contrôlé), la date "initiale" de l'entrée en invalidité doit toujours être prise en considération. Les mesures de contrôle ne doivent alors pas être à nouveau appliquées (mais bien à la date anniversaire de l'entrée en invalidité)
- Il convient de tenir compte de la date réelle d'entrée en invalidité (p. ex. effet suspensif des périodes de protection de la maternité sur le cours d'une période d'incapacité de travail primaire, la date d'entrée en invalidité est prolongée de la durée des périodes de protection de la maternité ; la date réelle d'entrée en invalidité doit être prise en considération).

4.1.4. LETTRE SEMESTRIELLE EN PÉRIODE D'INVALIDITÉ

Entre le 5e et le 6e mois suivant la date d'entrée en invalidité, la mutualité adresse à l'ensemble des titulaires, la lettre semestrielle qui convient, en fonction de la situation, afin de rappeler au titulaire que si d'éventuelles modifications sont intervenues dans la situation des personnes qui cohabitent avec lui, il y a lieu de le signaler à sa mutualité (les modèles de lettres sont repris en annexe à la circulaire). En fonction de la réponse du titulaire, la mutualité appréciera l'opportunité d'envoyer un nouveau formulaire 225.

Cette lettre semestrielle doit être envoyée entre chaque enquête annuelle.

Le formulaire repris en annexe 3 est destiné au titulaire bénéficiant d'indemnités en tant que titulaire avec charge de famille.

Le formulaire repris en annexe 4 est destiné au titulaire bénéficiant d'indemnités en tant que "personne isolée" au sens de l'article 226*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (le cohabitant bénéficie donc d'un revenu professionnel ou d'un revenu professionnel et d'un revenu de remplacement dont le montant mensuel est supérieur à 914,67 EUR[1] mais inférieur à 1 472,40 EUR[1]).

Le formulaire repris en annexe 5 est destiné au titulaire (isolé) bénéficiant d'indemnités en tant que titulaire avec charge de famille parce qu'il paie une pension alimentaire mensuelle d'au moins 111,55 EUR par mois.

Le formulaire repris en annexe 6 est destiné au titulaire bénéficiant d'indemnités au taux isolé parce qu'il cohabite avec une personne qui bénéficie de revenus de remplacement dont le montant est supérieur à 914,67 EUR* sans dépasser 1 006,65 EUR* (nouvelle catégorie d'isolé à partir du 01.01.2010).

4.2. Titulaires indépendants

4.2.1. CONTRÔLE À L'EXPIRATION DE LA PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PRIMAIRE NON INDEMNISABLE (FORMULAIRE 225)

- L'organisme assureur doit contrôler la composition du ménage du titulaire et la situation en matière de revenus des cohabitants au plus tard à l'**expiration du premier mois de l'incapacité primaire non indemnisable** (art. 7 de l'A.R. du 20.07.1971)
- tant que l'organisme assureur ne dispose pas des documents justificatifs nécessaires, l'assuré ne peut prétendre qu'aux indemnités primaires prévues pour un titulaire sans charge de famille. Lorsque sur la base des pièces introduites, il s'avère que l'intéressé doit être considéré comme un titulaire ayant charge de famille, l'organisme assureur doit procéder à la régularisation nécessaire
- lors d'**une rechute en incapacité primaire**, les mesures de contrôle ne doivent pas à nouveau être appliquées.

4.2.2. LETTRE SEMESTRIELLE

Entre le 5e et le 6e mois après la date de début de l'incapacité de travail, la mutualité adresse le modèle de lettre semestrielle qui convient en fonction de la situation afin de rappeler au titulaire que si d'éventuelles modifications sont intervenues dans la situation des personnes qui cohabitent avec lui, il doit le signaler à sa mutualité (les modèles de lettres sont repris en annexe à la circulaire). En fonction de la réponse du titulaire, la mutualité appréciera l'opportunité d'envoyer un nouveau formulaire 225.

4.2.3. CONTRÔLE DANS LE COURANT DU MOIS DE L'ENTRÉE EN INVALIDITÉ ET CONTRÔLE ANNUEL ULTÉRIEUR DANS LE COURANT DU MÊME MOIS POUR LES ANNÉES SUIVANTES

L'organisme assureur doit respecter en l'occurrence les mêmes mesures de contrôle que celles mentionnées sous le point 4.1.3 et 4.1.4.

1. Montants en vigueur au 01.02.2012.

5. Récupérations

Lorsque l'organisme assureur constate qu'un montant d'indemnités a été accordé indûment, il doit tout d'abord adapter sans délai le montant de l'indemnité et procéder le plus vite possible à la récupération auprès de l'assuré. Les formalités, telles que prévues dans la charte de l'assuré social, doivent être respectées.

Si nécessaire, l'organisme assureur doit interrompre la prescription à l'égard de l'intéressé par lettre recommandée.

6. Délais de conservation des pièces justificatives

En ce qui concerne les délais durant lesquels les pièces justificatives, doivent être conservées par les organismes assureurs, les directives de la circulaire O.A. n° 87/50, rubrique 510/28 du 4 février 1987 (comme modifiées ultérieurement) doivent être respectées.

7. Application - Abrogation de circulaires antérieures - Annexes[1]

La présente circulaire est d'application à partir du 1er juillet 2012.

La circulaire O.A. 97/406-421/18 est abrogée.

Circulaire O.A. n° 2012/233 - 18/1, 421/20 du 22 juin 2012.

II. Écartement du travail des travailleuses enceintes - Suppression de la compétence du Fonds des maladies professionnelles en cette matière

1. Introduction

Depuis le 1er 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, que la cause de cette mesure soit ou non liée à un risque de maladie professionnelle.

1. Les annexes ne sont pas publiées ici.

L'article 30 de la loi de relance économique du 27 mars 2009 dispose en effet que "lorsqu'un risque a été constaté en application de l'article 41 de la loi du 16 mars 1971 sur le travail et que l'employeur a pris une des mesures visées à l'article 42, § 1er, de la même loi, une intervention de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité est prévue :

- pour la travailleuse enceinte qui accepte d'être affectée à un autre travail adapté avec perte de salaire et pour 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
- pour la travailleuse enceinte dont l'exécution du contrat de travail est suspendue.

La travailleuse enceinte visée à l'alinéa 1er, 1° qui accepte d'être affectée à un autre travail adapté avec perte de salaire a droit à une indemnité de maternité dont le montant est déterminé conformément aux dispositions de l'article 219*ter*, § 1er 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.

La travailleuse enceinte visée à l'alinéa 1er, 1° 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 précité.

Les dispositions des § 3 et § 5 de l'article 219*ter* précité sont également d'application dans les situations visées aux alinéas 2 et 3.

La travailleuse enceinte visée à l'alinéa 1er, 2°, a droit à une indemnité journalière égale à 78,237 % de la rémunération journalière moyenne, déterminée conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne", en application de l'article 39 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions et harmonisant certaines dispositions légales. 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."

Cette disposition entre en vigueur le 1er janvier 2010 et s'applique aux cas d'écartements du travail qui surviennent à partir de cette date. Les cas d'écartement du travail des travailleuses enceintes liés à un risque de maladie professionnelle qui ont pris cours avant le 1er janvier 2010 restent donc à charge du Fonds des maladies professionnelles.

2. Modalités d'application au 1er janvier 2010, des nouvelles dispositions en matière d'écartement du travail

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

À partir du 1er janvier 2010, afin de garantir un niveau d'indemnisation identique à celui qui était octroyé par le Fonds des maladies professionnelles, l'article 30 de la loi de relance économique fixe le taux de l'indemnité en cas d'écartement total du travail, à 78,237 % [(100 % - 13,07 %) x 90 %)]. Ce taux est appliqué sur la rémunération journalière moyenne prise en considération pour le calcul de l'indemnité dans le cadre de l'assurance maternité (limitée, le cas échéant au plafond salarial).

En vertu de l'article 30, dernier alinéa, l'indemnité est allouée jusqu'à la *sixième semaine préalable à la date présumée de l'accouchement* ou la huitième semaine, lorsqu'une naissance multiple est prévue (période qui était prise en charge par le FMP, avant le 01.01.2010).

L'article 219*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 a été modifié pour être mis en concordance avec la nouvelle disposition légale (l'A.R. du 18.04.2010 modifiant l'art. 219*bis* a été publié au M.B. du 07.05.2010).

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.

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

Étant donné que l'indemnité visée à l'article 30 de la loi de relance économique *ne concerne que l'écartement du travail pendant la grossesse*, le taux de 60 % continue à s'appliquer à l'égard des travailleuses accouchées ou qui allaitent leur enfant.

L'article 219*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 a été modifié afin de tenir compte des taux d'indemnisation différents selon que la mesure de protection de la maternité se situe pendant la grossesse ou après l'accouchement (l'A.R. du 18.04.2010 modifiant l'art. 219*bis* a été publié au M.B. du 07.05.2010).

2. EXERCICE D'UN TRAVAIL ADAPTÉ AVEC PERTE DE SALAIRE OU POURSUITE D'UNE ACTIVITÉ PENDANT UNE PÉRIODE DE PROTECTION DE LA MATERNITÉ

La règle de cumul prévue à l'article 219*ter* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 dans les situations précitées est inchangée et s'applique désormais à l'égard de toutes les travailleuses enceintes (quelque soit la cause de la mesure de protection de la maternité prise à leur égard).

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 aux dispositions de l'article 219*ter*, § 1er, 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 continue donc à bénéficier d'une indemnité égale à 60 % de la rémunération perdue visée à l'article 113, alinéa 3, de la loi coordonnée qu'elle percevait avant l'aménagement des conditions ou du temps de travail à risque ou le changement de poste de travail. Cette indemnité est réduite à concurrence du montant du revenu professionnel perçu dans le cadre de l'exercice du travail adapté (réduction à concurrence d'un certain pourcentage fixé par tranche de revenus, conformément aux dispositions de l'art. 230 de l'A.R. du 03.07.1996).

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 % de la rémunération découlant de l'activité dont la titulaire est écartée. Cette indemnité est limitée à un plafond qui correspond à 60 % de la somme des rémunérations journalières moyennes que la travailleuse percevait avant la mesure de protection de la maternité, dont il convient de déduire le salaire perçu chez l'employeur auprès duquel la travailleuse poursuit son activité (déduction de ce revenu conformément à la règle de cumul visée à l'art. 230 de l'A.R. du 03.07.1996).

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

Les dispositions en vigueur avant le 1er janvier 2010 restent également d'application dans les si-tuations susvisées (calcul de l'indemnité sur base de l'article 219*ter*, § 1er ou § 2 de l'A.R. du 03.07.1996, suivant le cas).

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. 219TER, § 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*, § 1er, al. 1er, de l'A.R. du 03.07.1996 - modification publiée au M.B. du 07.05.2010).

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*, § 1er, al. 2, de l'A.R. susvisé).

Ces indemnités sont diminuées de 10 %, conformément à l'article 219*ter*, § 5, alinéa 3.

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 3.

B. Travailleuses du secteur public

B.1. TRAVAILLEUSES CONTRACTUELLES DES ADMINISTRATIONS PROVINCIALES ET LOCALES AFFILIÉES À L'ONSSAPL

Avant le 1er janvier 2010, le Fonds des maladies professionnelles intervenait en faveur des travailleuses susvisées lorsqu'elles faisaient l'objet d'une mesure de protection de la maternité liée à un risque de maladie professionnelle, pendant leur grossesse.

À partir du 1er janvier 2010, c'est l'assurance maternité qui prend en charge les cas d'écartements du travail des travailleuses enceintes (qu'ils soient ou non liés à un risque de maladie professionnelle).

Les dispositions visées sous le point A pour les travailleuses du secteur privé sont donc également d'application, à partir du 1er janvier 2010, aux travailleuses contractuelles des administrations provinciales et locales affiliées à l'ONSSAPL.

L'assurance maternité n'intervient pas en faveur des travailleuses statutaires (ce sont les administrations qui indemnisent les cas d'écartement du travail de leur personnel statutaire).

B.2. TRAVAILLEUSES CONTRACTUELLES DU SECTEUR PUBLIC AFFILIÉES À L'ONSS

Le Fonds des maladies professionnelles n'intervenait pas dans l'indemnisation de ces travailleuses avant le 1er janvier 2010 ; le dispositif prévu reste donc d'application à l'égard de ces travailleuses, après le 1er janvier 2010 (application de la loi du 03.07.1967 relative à la réparation des dommages résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public).

En vertu de ces dispositions, c'est l'employeur qui continue à prendre 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

L'attestation 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 a été complétée par deux données supplémentaires, afin de calculer correctement l'indemnité de maternité due à la travailleuse enceinte :

- la date présumée de l'accouchement
- si une naissance multiple est prévue

La travailleuse enceinte est invitée à communiquer ces données au moyen d'une attestation du médecin-traitant à joindre à l'attestation de l'employeur.

D. Les gardiennes d'enfants

Depuis le 1er 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).

Afin de garantir à ces travailleuses une indemnisation équivalente à celle qui leur était allouée par le Fonds des Maladies Professionnelles, il convient de prendre en considération la rémunération journalière moyenne sur base de laquelle était calculée l'indemnisation du Fonds.

Cette rémunération journalière moyenne correspond à 1/26e 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.

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.

Il est tenu compte de cette même rémunération journalière moyenne pour calculer l'indemnité de maternité durant toutes les périodes de protection de la maternité des gardiennes d'enfants (écartement grossesse, repos de maternité et écartement après l'accouchement), conformément à l'article 45, § 3 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997 (modifié par le Règl. du 23.09.2009, publié au M.B. du 14.12.2009), en vigueur depuis le 1er janvier 2010.

Concrètement, cela signifie que la gardienne d'enfants peut prétendre, à partir du 1er janvier 2010, à une indemnité de maternité (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 huitième 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 31e 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.

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.

La gardienne d'enfant 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.

Les formulaires à compléter par l'employeur et par le service d'accueil agréé sont joints à la présente circulaire.

3. 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 préalable du médecin-conseil en application de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, 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*, § 1er 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 31e 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. Cette indemnité est toutefois limitée au montant de l'indemnité calculé sur la somme des rémunérations journalières moyennes perçues avant la mesure de protection de la maternité et réduit, conformément à l'article 230, § 1er, du même arrêté, compte tenu du revenu professionnel évalué en jour ouvrable que la titulaire continue à percevoir à la suite de ladite mesure de protection de la maternité.

En vertu des dispositions de l'article 230, § 1er, 5e alinéa, il y a lieu d'entendre par revenu professionnel, tout revenu visé à l'article 23, § 1er, 1°, 2° et 4°, du code des impôts sur les revenus 1992 qu'un titulaire se procure par une activité personnelle, ainsi que toute indemnité, allocation ou rente compensant la perte de ce revenu.

Si la travailleuse est reconnue incapable de poursuivre cette dernière activité, le salaire garanti peut, en vertu des dispositions de l'article 230, § 1er, du même arrêté, être pris en considération comme revenu professionnel.

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 découlant de ses deux occupations. Pour la période couverte par le salaire garanti, elle ne peut prétendre, en application de l'article 242, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, qu'à une indemnité d'incapacité de travail calculée sur base de la rémunération de l'autre employeur.

D. Écartement du travail d'une gardienne d'enfants (2009) immédiatement suivi par une période de repos de maternité (2010)

En ce qui concerne le cas d'une gardienne d'enfants écartée depuis 2009 et qui a débuté son repos de maternité en février 2010, pour autant qu'il n'y ait pas eu d'interruption entre la période d'écartement et le début du repos de maternité, l'indemnité due pour le repos de maternité doit être calculée sur base de la rémunération journalière moyenne au 1er jour de la cessation du travail. Même si la situation n'est pas visée de manière explicite par le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, cette solution est appliquée par analogie à la règle appliquée dans la situation visée à l'article 33, § 2 dudit règlement (lorsqu'une période d'incapacité de travail suit immédiatement une période de protection de la maternité visée à l'art. 114 ou 114*bis* de la loi coordonnée, la rémunération perdue à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité d'incapacité de travail est la rémunération perdue qui a été déterminée au premier jour de la période de protection de la maternité) et à l'article 45, § 4 (lorsqu'une période de protection de la maternité visée à l'art. 114 ou 114*bis* de la loi coordonnée suit immédiatement une période d'incapacité de travail, la rémunération perdue à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité de maternité est la rémunération perdue qui a été déterminée au premier jour de l'incapacité de travail).

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 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. 7, al. 2 de l'A.R. du 02.05.1995 concernant la protection de la maternité)

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 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 médecin du travail et le service de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail (les résultats de ladite évaluation et les mesures générales à prendre sont consignés dans un document écrit qui aura été soumis à l'avis du comité de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail ou, à défaut, de la délégation syndicale).

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 l'A.R. du 28.05.2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs), l'évaluation générale des risques a déjà eu lieu. Dans la plupart des cas, le conseiller en prévention-médecin du travail complétera 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, § 1er, alinéa 1er, 3° et 43, § 1er, alinéa 2, 2° 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 II de l'A.R. susmentionné), se concerte 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. 12, § 3 de l'A.R. du 28.05.2003 relatif à la surveillance de la santé et de l'art. 42, § 2 de la loi du 16.03.1971 sur le 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 débuter, 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 et des apprentis industriels - cf. art. 45, § 4, al. 2 et 3 du Règl. des indemnités du 16.04.1997), la mutualité devra néanmoins procéder à l'envoi d'une nouvelle feuille de renseignement 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 du 14.07.1994). 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 12, § 3 de l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs, 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 1er 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 (art. 12, § 3 susmentionné 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.

Compte tenu toutefois des difficultés de fixer la date de fin de l'incapacité de travail (lorsque le médecin-conseil n'a pas mis fin à la reconnaissance de l'incapacité), 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 1ère 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 (sauf pour les gardiennes d'enfants pour lesquelles l'indemnité de maternité est calculée conformément aux dispositions de l'art. 45, § 3 et pour les apprentis industriels pour lesquelles l'indemnité de maternité est, conformément aux dispositions de l'art. 45, § 2 du règlement, calculée sur base de la rémunération perdue visée à l'art. 24, al.1er).

Le service des indemnités a écrit au Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale pour l'informer de la tenue d'examens médicaux par le conseiller en prévention-médecin du travail pendant une période d'incapacité de travail et des problèmes qui en résultent pour la détermination de la date de prise de cours de la mesure de protection de la maternité. Le service a demandé au SPF de sensibiliser les employeurs et les services de médecine du travail au respect des dispositions de l'article 12, § 3 de l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs.

IV. Entrée en vigueur

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2010/208 du 21 mai 2010 pour ce qui concerne les points F et G, à dater du 1er mai 2012.

La présente circulaire remplace également la circulaire O.A. n° 2012/186 du 10 mai 2012 (uniquement en ce qui concerne la date d'entrée en vigueur de la circulaire)

Circulaire O.A. n° 2012/239 - 406/10, 9/1 du 28 juin 2012.

III. Intervention dans les frais de déplacement dans le cadre d'un traitement programmé dans un autre État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse Le "remboursement complémentaire Herrera"

La présente circulaire vise à fournir des informations aux organismes assureurs sur l'octroi d'un remboursement dans les frais de déplacement d'un assuré qui a droit aux soins médicaux à charge de la Belgique (ci-après : l'assuré), et qui se rend délibérément dans un autre État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse pour y suivre un traitement.

1. Réglementation européenne

1.1. Aperçu de la situation

Les soins médicaux programmés dans un autre État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse peuvent être pris en charge de deux manières par les organismes assureurs :

- d'une part, le système de l'article 20 du Règlement (CE) 883/2004 - ou bien l'article 22, paragraphe 1er, c), i), du Règlement (CE) n° 1408/71 dans les situations où ce Règlement reste en application - qui garantit sous certaines conditions le remboursement du coût des soins médicaux à charge de l'État membre compétent suivant les tarifs fixés par la législation de l'État membre où le traitement a été dispensé (= "comme si on était assuré dans le pays du traitement")
- d'autre part, le système qui découle de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne et est fondé sur les principes de la libre circulation des biens et des services tels qu'ils sont fixés dans le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et qui garantit le remboursement du coût des soins médicaux suivant les tarifs fixés par la législation de l'État membre où le patient est assuré (= "comme si on était traité dans le pays compétent").
  Cette jurisprudence est codifiée aujourd'hui dans la Directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (ci-après : Dir. 2011/24/UE).

Dans un certain nombre d'arrêts, dont l'arrêt Herrera (Affaire C-466/04), la Cour de Justice de l'Union européenne (ci-après : la Cour) a estimé que dans le cas d'une autorisation préalable (document portable S2), la prise en charge du coût des soins médicaux se limite aux frais de traitement proprement dits, et ne couvre pas les frais de déplacement, d'hôtel et de restaurant (à l'exception des frais de séjour et de repas du patient dans l'hôpital) que le patient et la personne qui l'accompagne ont exposés pour se rendre dans l'État membre du traitement. La Cour a estimé toutefois que la libre prestation de services s'oppose à une réglementation nationale qui exclurait le remboursement des frais accessoires d'un patient a qui une autorisation préalable a été accordée en vue de subir un traitement dans un autre État membre, alors qu'elle rembourserait bien ces frais si le traitement avait eu lieu sur le territoire national.

Cela signifie que :

- bien que la définition de "prestations" à l'article 1er, v *bis*), i), du Règlement (CE) 883/2004 ne renvoie pas explicitement aux frais de déplacement, une intervention dans les frais de déplacement doit être considérée comme une "prestation".

Cela ressort aussi de **l'article 26, paragraphe 8, du Règlement (CE) 987/2009** qui prévoit, en cas de soins médicaux programmés, un remboursement des frais de voyage et de séjour liés au traitement de l'assuré et/ou de l'accompagnateur si la législation nationale de l'État membre compétent le prévoit ; ces frais sont payés par cet organe pour la personne concernée et au besoin pour un accompagnateur (= "**remboursement complémentaire Herrera**").

À noter que l'assuré, contrairement au "remboursement complémentaire Vanbraekel", ne doit pas introduire de requête pour avoir droit au "remboursement complémentaire Herrera". Autrement dit, le "remboursement complémentaire Herrera" doit être accordé d'office dans les situations où l'assurance maladie obligatoire belge prévoit une intervention dans les frais de voyage et de séjour de l'assuré et au besoin d'un accompagnateur.

- un assuré a également droit à une intervention dans les frais de déplacement lorsqu'il a bénéficié de soins de santé transfrontaliers conformément aux principes fixés aux **articles 7, 8 et 9 de la Directive 2011/24/UE**.

1.2. Conclusion

Les organismes assureurs doivent octroyer à l'assuré, sans qu'il doive introduire une requête à cet effet, un **remboursement dans les frais de voyage** exposés pour se rendre dans un autre État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et en Suisse en vue d'y recevoir des soins médicaux programmés :

- pour lesquels il a obtenu une autorisation préalable (document portable S2) sur la base de l'article 20 du Règlement (CE) 883/2004 - ou l'article 22, paragraphe 1er, c), i), du Règlement (CEE) n° 1408/71 dans les situations où ce Règlement reste en application - ; cette autorisation préalable peut avoir trait aussi bien à un traitement ambulatoire qu'à un traitement nécessitant une hospitalisation
- pour lesquels une autorisation préalable ne se justifie pas (traitement ambulatoire)
- pour lesquels il a obtenu une autorisation préalable sur la base de l'article 8 de la Directive 2011/24/UE,

pour autant que cette intervention soit également accordée si le traitement avait été suivi sur le territoire belge.

L'intervention dans les frais de déplacement se fait aux tarifs et aux conditions de remboursement de l'assurance soins de santé obligatoire; le traitement doit donc être équivalent à celui mentionné dans les arrêtés ministériels et les arrêtés royaux joints en annexe.

1.3. Rapport avec les accords de coopération transfrontaliers

Une intervention dans les frais de déplacement doit, conformément aux dispositions du point 1.2., également être octroyée à l'assuré qui a reçu l'autorisation en vue d'un traitement à l'étranger dans le cadre d'accords de coopération facilitant l'accès transfrontalier aux soins de santé. L'autorisation est accordée dans ces cas sur la base d'une procédure assouplie, et est généralement une autorisation purement administrative et est accordée automatiquement.

Des exemples de tels accords de coopération sont les divers accords de zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) dans la région frontalière franco-belge (S2 ou E112 "ARDEN", S2 ou E112 "MOMAU", S2 ou E112 "TOURVA", …).

1.4. Exemples

> Un patient cancéreux se rend aux Pays-Bas pour un traitement ambulatoire par radiations dans un service de radiothérapie, qui est dispensé par un médecin spécialiste en radiothérapie. La distance entre le lieu de résidence et le lieu de traitement est de 50 km le trajet simple. Ce traitement figure dans la liste des prestations qui requièrent une autorisation préalable pour une prise en charge par l'assurance soins de santé obligatoire (voir liste annexée à la Circulaire 2011/272 concernant l'application de l'art. 20 du Règlement (CE) n° 883/2004, ou l'art. 22 du Règlement (CEE) n° 1408/71, après les arrêts Kohll et Decker).

Le patient cancéreux :

- s'est vu refuser une autorisation préalable : aucune intervention dans les frais de déplacement (et pas d'intervention non plus dans le coût des soins médicaux)

- a obtenu une autorisation préalable (document portable S2) : intervention dans le coût des soins médicaux conformément à la législation néerlandaise pour le compte de la Belgique, et droit à une intervention dans les frais de déplacement par laquelle l'organisme assureur :
  - rembourse le prix intégral du voyage si l'intéressé s'est déplacé en empruntant les transports en commun (tram, métro, autobus et train 2e classe)
  - ou à raison de 0,25 EUR par km sur la base de la distance réellement parcourue (aller-retour), ou un montant de 25 EUR si l'intéressé s'est servi de son propre véhicule.

> Un ménage, composé du père, de la mère et d'un enfant, réside à Torhout. L'enfant âgé de 16 ans reçoit une autorisation préalable (document portable S2) pour un traitement contre le cancer qui nécessite une hospitalisation de trois jours; le traitement est dispensé au CHU de Lille (France). La distance entre le lieu de résidence et le lieu du traitement est de 65 km le trajet simple. Les parents qui font la navette chaque jour ont droit à une intervention de 97,5 EUR (soit 0,25 EUR/km x 130 km (65km + 65 km aller/retour) x 3 jours).

2. Réglementation belge

L'assurance soins de santé obligatoire prévoit dans certaines situations une intervention dans les frais de déplacement de l'assuré. En annexe figure une liste des interventions dans les frais de déplacement susceptibles d'être octroyées dans le cadre d'un traitement planifié dans un autre État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse.

3. Obligation d'information

Les organismes assureurs fournissent à l'assuré les informations nécessaires concernant ses droits et prétentions, en particulier les conditions de remboursement, du "remboursement complémentaire Herrera".

> Revenons à l'exemple 2 ci-dessus. Lorsque l'assuré est informé qu'il lui est accordé une autorisation préalable (document portable S2) pour le traitement contre le cancer au CHU de Lille (France), il est informé en même temps des conditions auxquelles les parents ont droit à une intervention dans les frais de déplacement.

4. Rapport avec l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

Un assuré qui reçoit des prestations de santé à l'étranger sur la base de l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 a droit à une intervention dans les frais de déplacement aux tarifs et aux conditions de remboursement de l'assurance soins de santé obligatoire; le traitement doit donc être équivalent à celui mentionné dans les arrêtés ministériels et les arrêtés royaux joints en annexe.

5. Rapport avec le Fonds spécial de solidarité

La décision du médecin-conseil de donner une autorisation préalable pour des soins médicaux planifiés dans un autre État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse, n'engage pas automatiquement le Fonds spécial de solidarité à une prise en charge, dans le cadre de l'article 25*sexies* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, des frais de déplacement et de séjour liés aux soins médicaux planifiés du bénéficiaire et, le cas échéant, de la personne qui l'accompagne.

6. Dispositions financières

Les organismes assureurs doivent enregistrer sous le code CT2 635 les dépenses afférentes au "remboursement complémentaire Herrera", accordé en vertu de l'article 26, paragraphe 8, du Règlement (CE) 987/2009.

7. Exclusions

La présente Circulaire ne s'applique pas à l'intervention dans les frais de transport dans le cadre de l'aide médicale urgente (instaurée par l'A.R. du 26.04.2009 portant exécution de l'art. 34, al. 1er, 28°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994). Les déplacements visés par cet arrêté royal ont trait au transport par un service ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente qui est urgente de par sa nature et qui, par conséquent, ne peut être planifiée.

Circulaire O.A. n° 2012/250 - 80/102, 83/420 du 4 juillet 2012.

IV. Remboursement des prestations de santé dispensées pendant un séjour temporaire dans un pays où les dispositions des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 ou un accord bilatéral 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) 883/2004 et 987/2009 ou d'un accord bilatéral en matière de sécurité sociale.

Les dispositions de cette circulaire relative aux Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 sont valables de manière analogue pour les pays dans lesquels les dispositions des Règlements (CEE) 1408/71 et 574/72 sont encore d'application.

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 reçu à l'étranger et pour lesquels son organisme assureur lui a délivré une autorisation préalable (par ex. sur base de l'art. 20 du Règlement 883/2004, dans le cadre des conventions de coopération transfrontalière ZOAST entre la Belgique et la France, dans le cadre de la convention IZOM,…).

Les dispositions de la présente circulaire, en particulier en rapport avec l'octroi d'un remboursement contre 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, sur base de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne (entre-temps codifiée dans la *Directive 2011/24/UE du 09.03.2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé*), a droit au remboursement des soins de santé en application du tarif et des conditions de l'assurance obligatoire soins de santé belge (la procédure dite "Kohll et Decker").

1. Cadre réglementaire

En vertu des Règlements (CE) n° 883/2004 et n° 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 a, pendant un séjour temporaire sur le territoire de l'autre pays, le même accès aux **soins de santé du système de santé public** que les citoyens de ce pays. Les soins de santé prodigués par des dispensateurs privés qui ne travaillent pas dans le réseau du régime public des soins de santé, ne sont **pas** couverts.

1.1. Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

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 payé partiellement ou intégralement lui-même les frais inhérents aux prestations de santé doit en principe effectuer les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement des frais sur place.

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, al. 4 et 5, du Règlement (CE) 987/2009).

Par dérogation à la demande de tarification, l'organisme assureur belge peut, en vertu de l'article 25, alinéa 6, du Règlement (CE) 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.

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, al. 7, du Règlement (CE) 987/2009).

Le remboursement accordé à l'assuré ne peut pas dépasser le montant des frais réellement consentis.

1.2. Accords bilatéraux en matière de sécurité sociale

Un principe similaire est d'application dans les *accords bilatéraux en matière de sécurité sociale* conclus par la Belgique avec des pays tiers, qui prévoient le droit à des prestations de santé en cas de séjour temporaire sur le territoire de l'autre pays contractant.

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*.

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).

Le remboursement octroyé à l'assuré ne peut pas dépasser le montant des frais réellement encourus.

1.3. Article 294, § 1er, 3°, 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, § 1er, 3°, 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*, un bénéficiaire a toujours droit à une intervention dans les coûts des prestations de santé à charge de l'assurance obligatoire soins de santé belge s'il doit être hospitalisé d'urgence dans un établissement hospitalier pendant un séjour temporaire à l'étranger, sans préjudice des dispositions de l'ordre international.

> Intervention dans le coût de soins médicaux reçus en Turquie après l'expiration de la durée de validité du formulaire BT.8 (45 jours maximum, non renouvelable).

> 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

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. Pour les pays de l'espace économique européen et la 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 :

- 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
- 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.).

b. Si le montant des frais engagés dépasse la contre-valeur de 200 EUR, l'organisme assureur doit :

- soit envoyer une demande de tarification à l'étranger en vue de rembourser en application du tarif de l'État de séjour
- 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 s'applique à lui.

2.2. Pour les pays suivants avec lesquels la Belgique a conclu un accord bilatéral en matière de sécurité sociale : Algérie, Turquie, Croatie, Macédoine, Bosnie-Herzégovine, Serbie, Monténégro et Kosovo [1]

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 :

- 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
- 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.).

1. En vertu de la convention belgo tunisienne, les frais relatifs aux soins de santé reçus durant un séjour temporaire en Tunisie ne peuvent pas être remboursés en application du régime forfaitaire étant donné le règlement spécifique applicable entre la Belgique et la Tunisie (commentaires à la p. 13 sous le pt D, b) de la circ. O.A. 77/239-8297/1 du 19.09.1977 relative à l'application de la convention générale de sécurité sociale entre la Belgique et la Tunisie).

b. Si le montant des frais engagés dépasse la contre-valeur de 200 EUR et est inférieur à 500 EUR, l'organisme assureur doit :

- soit envoyer une demande de tarification à l'étranger en vue de rembourser les frais au tarif de remboursement du pays de séjour
- 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 s'applique à lui.

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.

2.3. Dispositions complémentaires

a. Lorsqu'un organisme assureur accorde l'intervention dans les frais de soins de santé sur base du pourcentage moyen de 75 % ou en application du tarif et des conditions de l'assurance obligatoire soins de santé belge, il est d'intérêt secondaire si le prestataire en question travaille oui ou non au sein du régime public des soins de santé du pays de séjour (par ex. consultation chez un dentiste privé, médecin privé, etc..).

b. 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 ni en application du principe de remboursement par pourcentage moyen ni en application du tarif et des conditions de l'assurance obligatoire soins de santé belge, à l'exception de la situation dans laquelle il est prouvé que le bénéficiaire a dû être admis d'urgence dans une institution de soins qui ne rentre pas dans *le système public des soins de santé* (ex. hôpital privé). Dans ce cas en effet, l'organisme assureur peut accorder l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé belge en application de l'article 294, § 1er, 3°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 pris en exécution de la loi relative à l'assurance maladie-indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (voir pt 1.3 ci-avant).

c. 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 une copie de l'accord de l'assuré - soit sous format papier ou sous format électronique - dans le dossier du membre, lorsqu'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 du pt 2.2.a. de la présente circulaire)
- 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 du pt 2.2.b. de la présente circulaire).

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 – SED068 ou formulaire E.126 ou formulaire similaire) 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 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°, 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 reçues pendant un séjour temporaire à l'étranger.

Pour chaque année civile, l'INAMI souhaite disposer des données suivantes :

- 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

- 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 de la Circulaire O.A. à la suite de l'absence de réponse à une demande de tarification 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).

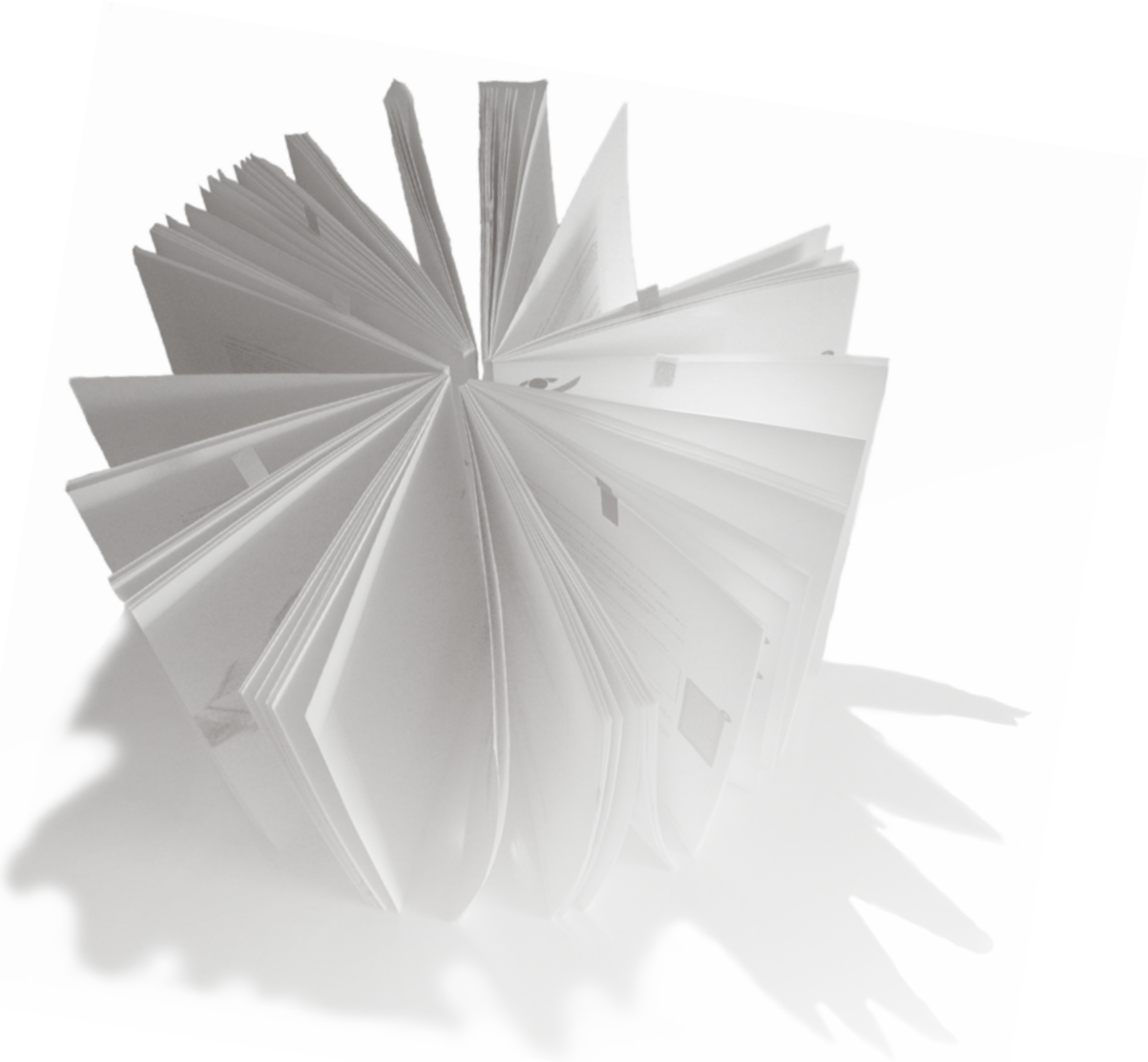
6. Disposition transitoire

Les organismes assureurs peuvent accorder une intervention dans les frais liés aux prestations de santé qui ont été dispensées pendant un séjour temporaire à l'étranger jusqu'au 30 juin 2012, conformément aux dispositions de la circulaire O.A. n° 2002/485 au cas où l'assuré demande le remboursement de ces prestations le 1er juillet 2012 ou plus tard.

Pour les prestations dispensées le 1er juillet 2012 ou ultérieurement, ce sont les dispositions de la présente circulaire qui sont d'application.

Circulaire O.A. n° 2012/252 - 80/103 du 4 juillet 2012.

6e Partie
Données de base



I. Revalorisation des indemnités

1. Régime des indépendants

Revalorisation de l'indemnité hebdomadaire de maternité et d'adoption (mesure conjoncturelle).

a. Éléments de base

Le montant de base de l'indemnité hebdomadaire de maternité et d'adoption passe de 308,22 EUR à 333,84 EUR au 1er juillet 2012 (base 103,14).

Adapté à l'indice pivot 117,27, le forfait hebdomadaire de maternité et d'adoption est fixé à partir du 1er juillet 2012, à 431,86 EUR.

b. Date d'application

1er juillet 2012

2. Régime général

Revalorisation de 2 % (minima exclus) des indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail à débuté à partir du 1er janvier 2006 et au plus tard le 31 décembre 2006 (récurrence des 6 ans d'incapacité) (mesure conjoncturelle).

a. Éléments de base

Le montant des indemnités d'invalidité des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1er janvier 2006 et au plus tard le 31 décembre 2006 est augmenté au 1er septembre 2012, d'un coefficient de revalorisation de 2 % (durée d'incapacité atteint 6 ans). Cette revalorisation ne s'applique pas aux titulaires bénéficiant d'un des minima.

b. Date d'application

1er septembre 2012

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé

À partir du - Jusqu'au			01-02-2012	30-06-2012	01-07-2012	31-08-2012	à partir du 01-09-2012		Prochaine indexation	
Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)			117,27	1,2936	117,27	1,2936	117,27	1,2936	119,62	1,3195
I. SALARIÉS										
Indemnité Journalière	**1 - Plafond journalier AMI**									
			antérieur au 01/01/2005	120,9603		120,9603		120,9603		123,3821	
			du 01/01/2005 au 31/12/2006	123,3794		123,3794		123,3794		125,8497	
			du 01/01/2007 au 31/12/2008	124,6133		124,6133		124,6133		127,1082	
			du 01/01/2009 au 31/12/2010	125,6101		125,6101		125,6101		128,1250	
			à partir du 01/01/2011	126,4894		126,4894		126,4894		129,0219	
	2 - Incapacité primaire									
	Maximum	début d'incapacité	du 01/01/2007 au 31/12/2008	74,7680	74,77	74,7680	74,77	74,7680	74,77	76,2649	76,26
			du 01/01/2009 au 31/12/2010	75,3661	75,37	75,3661	75,37	75,3661	75,37	76,8750	76,88
			à partir du 01/01/2011	75,8936	75,89	75,8936	75,89	75,8936	75,89	77,4131	77,41
	Minimum	A partir du 1er jour du 7e mois de l'incapacité de travail	Travailleur régulier								
			avec charge de famille	52,2763	52,28	52,2763	52,28	52,2763	52,28	53,3230	53,32
			isolés	41,8342	41,83	41,8342	41,83	41,8342	41,83	42,6718	42,67
			cohabitants	35,8698	35,87	35,8698	35,87	35,8698	35,87	36,5880	36,59
			Travailleur non régulier								
			avec charge de famille	40,2876	40,29	40,2876	40,29	40,2876	40,29	41,0943	41,09
			sans charge de famille	30,2157	30,22	30,2157	30,22	30,2157	30,22	30,8207	30,82
	3 - Invalidité									
	Maximum	début d'incapacité primaire	avant le 01/10/1974								
			avec charge de famille	52,0803	52,08	52,0803	52,08	52,0803	52,08	53,1230	53,12
			sans charge de famille	34,8541	34,85	34,8541	34,85	34,8541	34,85	35,5519	35,55
			du 01/10/1974 au 31/12/2002								
			avec charge de famille	82,4550	82,46	82,4550	80,84	82,4550	82,46	84,1059	84,11
			isolés	69,7696	69,77	69,7696	69,77	69,7696	69,77	71,1665	71,17
			cohabitants	50,7415	50,74	50,7415	50,74	50,7415	50,74	51,7575	51,76
			du 01/01/2003 au 31/12/2004								
			Invalide avant 01/01/2005								
			avec charge de famille	80,8382	80,84	80,8382	80,84	80,8382	80,84	82,4567	82,46
			isolés	68,4016	68,40	68,4016	68,40	68,4016	68,40	69,7711	69,77
			cohabitants	49,7466	49,75	49,7466	49,75	49,7466	49,75	50,7426	50,74
			Invalide à partir du 01/01/2005 au 31/12/2006								
			avec charge de famille	82,4550	82,46	82,4550	82,46	82,4550	82,46	84,1059	84,11
			isolés	69,7696	69,77	69,7696	69,77	69,7696	69,77	71,1665	71,17
			cohabitants	50,7415	50,74	50,7415	50,74	50,7415	50,74	51,7575	51,76
			du 01/01/2005 au 31/12/2005								
			Invalide avant le 01/01/2007								
			avec charge de famille	82,4550	82,46	82,4550	82,46	82,4550	82,46	84,1059	84,11
			isolés	69,7696	69,77	69,7696	69,77	69,7696	69,77	71,1665	71,17
			cohabitants	50,7415	50,74	50,7415	50,74	50,7415	50,74	51,7575	51,76
			Invalide à partir de 01/01/2007[1]								
			avec charge de famille	83,2795	83,28	83,2795	83,28	83,2795	83,28	84,9469	84,95
			isolés	70,4673	70,47	70,4673	70,47	70,4673	70,47	71,8782	71,88
			cohabitants	51,2489	51,25	51,2489	51,25	51,2489	51,25	52,2750	52,28
			du 01/01/2006 au 31/12/2006								
			Invalide avant le 01/01/2007[2]								
			avec charge de famille	80,8382	80,84	80,8382	80,84	82,4550	82,46	84,1059	84,11
			isolés	68,4016	68,40	68,4016	68,40	69,7696	69,77	71,1665	71,17
			cohabitants	49,7466	49,75	49,7466	49,75	50,7415	50,74	51,7575	51,76
			Invalide du 01/01/2007 au 31/12/2008								
			avec charge de famille	81,6466	81,65	81,6466	81,65	83,2795	83,28	84,9469	84,95
			isolés	69,0856	69,09	69,0856	69,09	70,4673	70,47	71,8782	71,88
			cohabitants	50,2441	50,24	50,2441	50,24	51,2489	51,25	52,2750	52,28
			du 01/01/2009 au 31/12/2007								
			Invalide avant le 01/01/2009								
			avec charge de famille	81,6466	81,65	81,6466	81,65	81,6466	81,65	83,2813	83,28
			isolés	69,0856	69,09	69,0856	69,09	69,0856	69,09	70,4688	70,47
			cohabitants	50,2441	50,24	50,2441	50,24	50,2441	50,24	51,2500	51,25
			Invalide à partir du 01/01/2009[1]								
			avec charge de famille	82,2997	82,30	82,2997	82,30	82,2997	82,30	83,9475	83,95
			isolés	69,6382	69,64	69,6382	69,64	69,6382	69,64	71,0325	71,03
			cohabitants	50,6460	50,65	50,6460	50,65	50,6460	50,65	51,6600	51,66
			à partir du 01/01/2008								
			Invalide avant le 01/01/2009[2]								
			avec charge de famille	80,9986	81,00	80,9986	81,00	80,9986	81,00	82,6203	82,62
			isolés	68,5373	68,54	68,5373	68,54	68,5373	68,54	69,9095	69,91
			cohabitants	49,8453	49,85	49,8453	49,85	49,8453	49,85	50,8433	50,84
			Invalide du 01/01/2009 au 31/12/2010								
			avec charge de famille	81,6466	81,65	81,6466	81,65	81,6466	81,65	83,2813	83,28
			isolés	69,0856	69,09	69,0856	69,09	69,0856	69,09	70,4688	70,47
			cohabitants	50,2441	50,24	50,2441	50,24	50,2441	50,24	51,2500	51,25
			Invalide à partir du 01/01/2011								
			avec charge de famille	82,2181	82,22	82,2181	82,22	82,2181	82,22	83,8642	83,86
			isolés	69,5692	69,57	69,5692	69,57	69,5692	69,57	70,9620	70,96
			cohabitants	50,5957	50,60	50,5957	50,60	50,5957	50,60	51,6088	51,61
	Minimum		Travailleur régulier								
			avec charge de famille	52,2763	52,28	52,2763	52,28	52,2763	52,28	53,3230	53,32
			isolés	41,8342	41,83	41,8342	41,83	41,8342	41,83	42,6718	42,67
			cohabitants	35,8698	35,87	35,8698	35,87	35,8698	35,87	36,5880	36,59
			Travailleur non régulier								
			avec charge de famille	40,2876	40,29	40,2876	40,29	40,2876	40,29	41,0943	41,09
			sans charge de famille	30,2157	30,22	30,2157	30,22	30,2157	30,22	30,8207	30,82

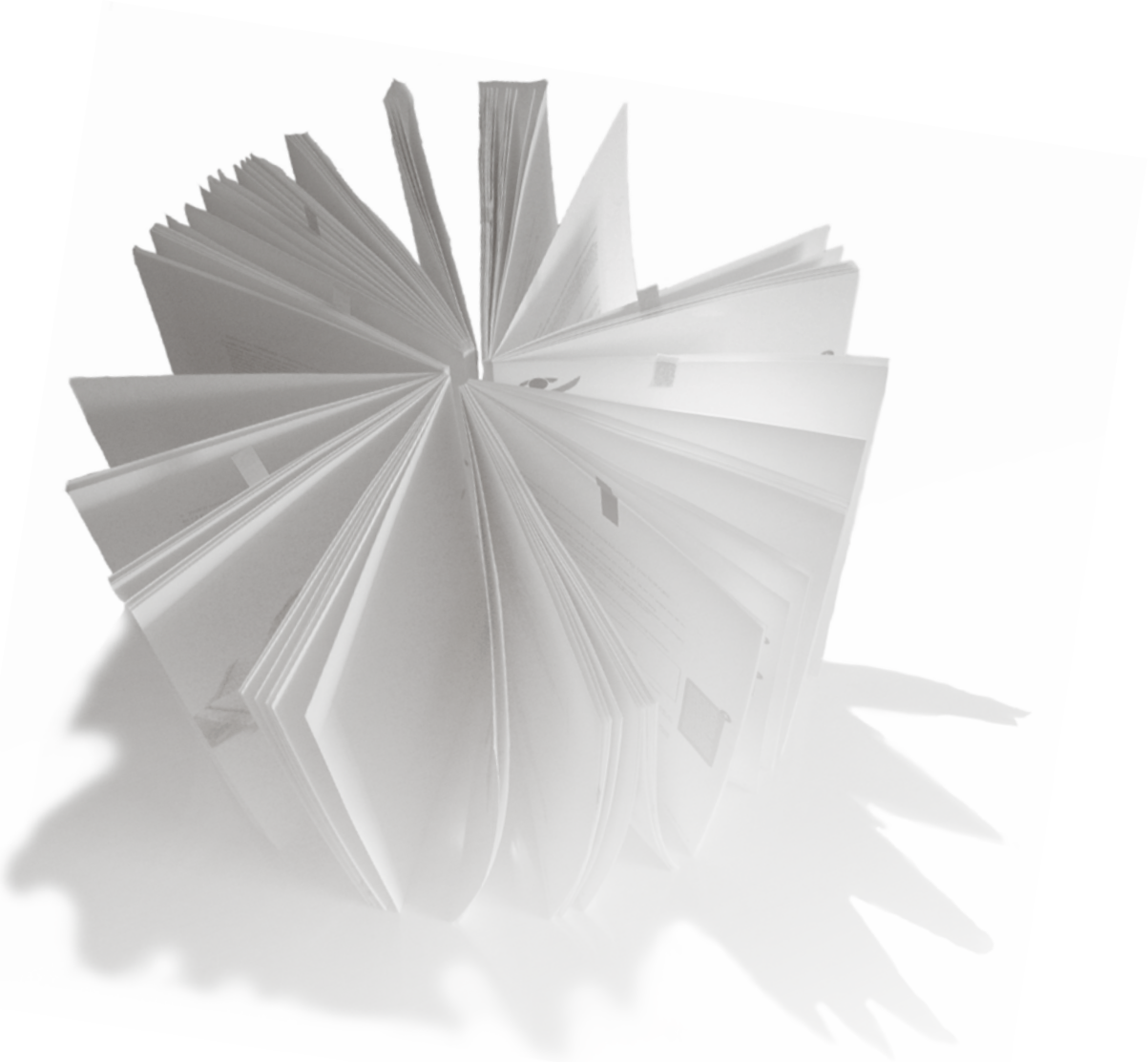
1. Cette rubrique concerne les titulaires pour qui la période d'incapacité primaire a été suspendue en raison d'une période de maternité.
2. Cette rubrique concerne les titulaires assurés étrangers qui sont reconnus invalides avant d'avoir atteint un an d'incapacité.

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé - suite

À partir du - Jusqu'au			01-02-2012	30-06-2012	01-07-2012	31-08-2012	à partir du 01-09-2012		Prochaine indexation	
Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)			117,27	1,2936	117,27	1,2936	117,27	1,2936	119,62	1,3195
I. SALARIÉS (suite)										
4 - Maternité, paternité & adoption										
Maximum – début de maternité, paternité, d'adoption et d'écartement du travail	du 01/01/2007 au 31/12/2008									
	Naiss. & adopt.	82,0 %	102,1829	102,18	102,1829	102,18	102,1829	102,18	104,2287	104,23
	Maternité	79,5 %	99,0675	99,07	99,0675	99,07	99,0675	99,07	101,0510	101,05
		75,0 %	93,4599	93,46	93,4599	93,46	93,4599	93,46	95,3312	95,33
	Écartement	60,0 %	74,7680	74,77	74,7680	74,77	74,7680	74,77	76,2649	76,26
	du 01/01/2009 au 31/12/2009									
	Naiss. & adopt.	82,0 %	103,0003	103,00	103,0003	103,00	103,0003	103,00	105,0625	105,06
	Maternité	79,5 %	99,8600	99,86	99,8600	99,86	99,8600	99,86	101,8594	101,86
		75,0 %	94,2076	94,21	94,2076	94,21	94,2076	94,21	96,0938	96,09
	Écartement	60,0 %	75,3661	75,37	75,3661	75,37	75,3661	75,37	76,8750	76,88
	du 01/01/2010 au 31/12/2010									
	Naiss. & adopt.	82,0 %	103,0003	103,00	103,0003	103,00	103,0003	103,00	105,0625	105,06
	Maternité	79,5 %	99,8600	99,86	99,8600	99,86	99,8600	99,86	101,8594	101,86
		75,0 %	94,2076	94,21	94,2076	94,21	94,2076	94,21	96,0938	96,09
	Écartement	60,0 %	75,3661	75,37	75,3661	75,37	75,3661	75,37	76,8750	76,88
		78,237 %	98,2736	98,27	98,2736	98,27	98,2736	98,27	100,2412	100,24
	à partir du 01/01/2011									
	Naiss. & adopt.	82,0%	103,7213	103,72	103,7213	103,72	103,7213	103,72	105,7980	105,80
	Maternité	79,5%	100,5591	100,56	100,5591	100,56	100,5591	100,56	102,5724	102,57
		75,0%	94,8670	94,87	94,8670	94,87	94,8670	94,87	96,7664	96,77
	Écartement	60,0%	75,8936	75,89	75,8936	75,89	75,8936	75,89	77,4131	77,41
		78,237%	98,9615	98,96	98,9615	98,96	98,9615	98,96	100,9429	100,94
5 - Divers										
Indemnités funéraires				148,74		148,74		148,74		148,74
Gardienne d'enfants (mensuel)			1 472,4044	1 472,40	1 472,4044	1 472,40	1 472,4044	1 472,40	1 501,8192	1 501,82
Gardienne d'enfants (journalier)			56,6309	56,63	56,6309	56,63	56,6309	56,63	57,7623	57,76
Gardienne d'enfants (salaire horaire)			8,9417	8,94	8,9417	8,94	8,9417	8,94	9,1204	9,12
1re tranche activité autorisée			15,3004		15,3004		15,3004		15,6068	
Tranches suivantes activité autorisée			9,1803		9 ,1803		9,1803		9,3641	
Prime de bien-être (incapacité <01/10/1974)				123,95	-	123,95	-	123,95		123,95
II. INDEPENDANTS										
1 - Incapacité primaire										
	avec charge de famille		51,4053	51,41	51,4053	51,41	51,4053	51,41	52,4346	52,43
	isolé		39,5106	39,51	39,5106	39,51	39,5106	39,51	40,3016	40,30
	cohabitant		32,0833	32,08	32,0833	32,08	32,0833	32,08	32,7257	32,73
2 - Invalidité										
	n'ayant pas mis fin à leur entreprise									
	avec charge de famille		50,3960	50,40	51,4053	51,41	51,4053	51,41	52,4346	52,43
	isolé		38,7348	38,73	39,5106	39,51	39,5106	39,51	40,3016	40,30
	cohabitant		31,4534	31,45	32,0833	32,08	32,0833	32,08	32,7257	32,73
	ayant mis fin à leur entreprise									
	avec charge de famille		52,2763	52,28	52,2763	52,28	52,2763	52,28	53,3230	53,32
	isolé		41,8342	41,83	41,8342	41,83	41,8342	41,83	42,6718	42,67
	cohabitant		35,8698	35,87	35,8698	35,87	35,8698	35,87	36,5880	36,59
3 - Indemnité de maternité & d'adoption										
	Indemnité hebdomadaire			398,71		431,86		431,86		440,50
4 - Revenu professionnel annuel - art.28*bis*										
	À partir des revenus professionnels 2008			17 149,19		17 149,19		17 149,19		17 149,19
III. REVENU AUTORISÉ DES PERSONNES À CHARGE										
	plafond statut avec charge		914,6658	914,67	914,6658	914,67	914,6658	914,67	932,9789	932,98
	plafond statut isolés (revenus de remplacement)		1 006,6521	1 006,65	1 006,6521	1 006,65	1 006,6521	1 006,65	1 026,8069	1 026,81
	plafond statut isolés (revenus professionnels)		1 472,4044	1 472,40	1 472,4044	1 472,40	1 472,4044	1 472,40	1 501,8192	1 501,82
IV. ALLOCATION FORFAITAIRE POUR AIDE DE TIERCE PERSONNE										
			16,5739	16,57	16,5739	16,57	16,5739	16,57	16,9057	16,91
V. RETENUE DE 3,5 % SUR LES INDEMNITÉS D' INVALIDITÉ										
1 - Plancher journalier										
	avec charge de famille			56,24		56,24		56,24		57,37
	sans charge de famille			46,69		46,69		46,69		47,63
2 - Retenue partielle sur les montants										
	avec charge de famille entre			56,25		56,25		56,25		57,38
	et			58,27		58,27		58,27		59,44
	sans charge de famille entre			46,70		46,70		46,70		47,64
	et			48,37		48,37		48,37		49,35
3 - Retenue intégrale à partir de										
	avec charge de famille			58,28		58,28		58,28		59,45
	sans charge de famille			48,38		48,38		48,38		49,36
VI. INDEMNITÉS MAXIMUM PERCUES DANS LE CADRE DU VOLONTARIAT										
	Montant journalier		31,4387	31,44	31,4387	31,44	31,4387	31,44	32,0683	32,07
	Montant annuel		1 257,5091	1 257,51	1 257,5091	1 257,51	1.257,5091	1.257,51	1 282,6950	1 282,70
VII. PRIME DE RATTRAPAGE (1 an d'incapacité au 31/12/N-1)										
			204,0056	204,01	204,0056	204,01	204,0056	204,01	208,0902	208,09

Le tableau D en annexe (mesures 2012-07-01 fr.pdf)
Circulaires O.A. nos 2012/234 – 45/234, 482/114 du 22 juin 2012 et 2012/344 – 45/235, 482/115 du 20 août 2012.

7e Partie
Statistiques



Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1er trimestre 2012

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 (en milliers d'EUR)					
Libellé	**2010.1**	**2010.2**	**2010.3**	**2010.4**	**Objectif**
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	304.908	603.020	878.112	1.163.106	
b) Imagerie médicale	267.741	544.272	796.850	1.069.431	
c) Consultations, visites et avis	456.253	877.458	1.296.696	1.713.184	
d) Prestations spéciales	292.833	587.061	869.616	1.172.884	
e) Chirurgie	256.342	513.076	763.093	1.030.698	
f) Gynécologie	22.204	44.331	66.697	90.437	
g) Surveillance	91.009	178.704	266.480	356.260	
h) Forfait accréditation médecins	2.858	2.859	8.700	14.072	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	8	6.164	6.329	6.372	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	0	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	13.713	19.509	22.639	29.899	
m) Fonds d'impulsion	1.321	3.506	5.289	7.657	
n) Soutien de la pratique médecine générale	961	1.449	1.642	11.920	
Total médecins	**1.710.151**	**3.381.409**	**4.982.143**	**6.665.920**	**6.867.386**
2. a) Honoraires dentaires	190.647	381.393	555.123	744.676	
b) Forfait accréditation	7	14	11.584	11.733	
Total dentistes	**190.654**	**381.407**	**566.707**	**756.409**	**773.864**
3. Prestations pharmaceutiques	1.049.256	2.103.970	3.145.358	4.249.733	4.179.054
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	256.927	523.705	787.359	1.056.015	1.083.653
5. Frais spécifiques services soins à domicile	9.270	9.270	18.599	18.656	18.785
6. Soins par kinésithérapeutes	149.790	301.245	436.601	580.007	574.036
7. Soins par bandagistes	54.171	114.470	174.272	237.662	232.300
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	128.470	254.736	380.667	516.489	638.106
10. Soins par opticiens	6.116	12.077	17.434	22.834	29.729
11. Soins par audiciens	11.438	21.824	32.767	43.539	40.400
12. Accouchements par accoucheuses	3.426	6.970	10.582	14.364	14.490
13. Prix de la journée d'entretien	1.122.717	2.265.839	3.428.615	4.626.385	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	47.763	97.457	146.981	200.764	
Transport	0	0	0	0	
Total	**1.170.480**	**2.363.296**	**3.575.596**	**4.827.149**	**5.022.137**

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	**2010.1**	**2010.2**	**2010.3**	**2010.4**	**Objectif**
14. Hôpital militaire - prix all-in	1.387	2.091	5.160	6.630	7.507
15. Dialyse					
a) Médecins	34.464	67.754	102.057	139.930	
b) Forfait dialyse rénale	31.881	63.122	94.022	128.831	
c) À domicile, dans un centre	25.235	49.197	73.277	102.052	
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	
Total dialyse	**91.580**	**180.073**	**269.356**	**370.813**	**376.821**
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	268.022	519.429	777.536	1.045.277	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	215.012	417.858	626.811	846.297	
c) Centres de soins de jour	3.457	6.788	10.250	13.843	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.242	149.678	215.801	281.847	
e) Prime syndicale	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	189	189	10.983	13.012	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	542	542	
Total	**572.217**	**1.096.237**	**1.644.218**	**2.203.113**	**2.180.172**
17. Fin de carrière	34.883	54.081	72.955	91.956	82.000
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	21.683	41.836	63.967	86.870	99.353
b) Initiatives d'habitation protégée	9.474	18.305	27.251	36.464	42.156
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	550	1.085	1.677	2.247	2.330
Total	**31.707**	**61.226**	**92.895**	**125.581**	**143.839**
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	113.104	232.538	347.220	474.632	513.851
20. Fond Spécial	4.024	8.220	10.164	18.995	14.412
21. Logopédie	18.085	36.918	51.348	70.045	67.729
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	6.168	12.171	18.565	26.247	26.183
24. Régularisations + Refacturation	-49.560	-77.491	-100.696	-125.452	-67.959
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	120.855	173.310	223.317	326.335	
b) MAF fiscal	0	0	0	0	
Total maximum à facturer	**120.855**	**173.310**	**223.317**	**326.335**	**355.628**
26. Patients chroniques	20.607	35.572	55.500	85.298	88.666
27. Soins palliatifs	3.450	7.174	9.939	10.466	11.823
28. Soins palliatifs (patient)	3.117	6.191	9.288	12.325	12.844
29. Matériel corporel humain	1.435	2.678	4.426	5.592	10.232
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	128	242	383	518	485
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	85	190	271	365	
b) COMA	118	248	372	485	
c) Projets thérapeutiques	116	215	385	553	
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	**319**	**653**	**1.028**	**1.403**	**2.614**

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	**2010.1**	**2010.2**	**2010.3**	**2010.4**	**Objectif**
32. Internés	8.871	13.735	19.722	36.379	32.170
33. Sevrage tabac	118	274	427	611	3.422
34. Circuit de soins psychiatriques	0	1.673	1.903	1.954	3.046
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	49.730
36. Fonds assuétudes	1.431	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38. Maisons médicales	17.497	35.922	53.787	73.335	69.991
39. SM/SLA/Huntington	1.085	2.433	3.777	5.117	8.227
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	26.981
41. Trajets de soins	0	0	0	0	4.518
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0	0	4.240
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0	0	5.385
44. Maladies rares	0	0	0	0	0
45. Accord social	0	0	0	0	0
46. Divers	414	1.873	2.289	9.789	59.619
- Affectation fonds d'avenir					294.189
- Initiatives 2010 BMF					33.859
- Contributions sécurité sociale équilibre					350.000
Total	**0**	**0**	**0**	**0**	**678.048**
Total général	**5.743.071**	**11.365.173**	**16.928.056**	**22.823.459**	**24.249.164**

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR)					
Libellé	**2011.1**	**2011.2**	**2011.3**	**2011.4**	**Objectif**
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	282.198	578.491	869.545	1.179.266	
b) Imagerie médicale	265.925	548.189	821.823	1.123.492	
c) Consultations, visites et avis	481.137	921.764	1.340.380	1.802.427	
d) Prestations spéciales	295.200	599.227	893.804	1.205.161	
e) Chirurgie	267.290	539.713	796.219	1.071.069	
f) Gynécologie	22.858	45.751	69.424	93.536	
g) Surveillance	91.284	184.835	275.739	367.681	
h) Forfait accréditation médecins	3.180	3.180	9.076	10.611	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	46	6.181	6.471	6.550	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	9.075	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	4.924	33.832	52.243	64.251	
m) Fonds d'impulsion	906	3.004	5.709	7.519	
n) Soutien de la pratique médecine générale	430	542	1.393	15.942	
Total médecins	**1.715.378**	**3.464.709**	**5.141.826**	**6.956.580**	**7.110.317**
2. a) Honoraires dentaires	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accréditation	7	12	13.121	13.289	13.198
Total dentistes	**198.161**	**388.851**	**579.468**	**775.564**	**810.470**
3. Prestations pharmaceutiques	1.093.238	2.192.274	3.265.907	4.397.247	4.295.729
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	267.794	541.060	829.513	1.116.374	1.128.320
5. Frais spécifiques services soins à domicile	9.633	9.633	19.723	19.723	20.006
6. Soins par kinésithérapeutes	159.486	316.575	457.864	606.694	585.715
7. Soins par bandagistes	58.879	123.040	184.922	252.193	261.062
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	137.405	273.121	404.789	551.283	677.402
10. Soins par opticiens	6.589	12.397	17.749	23.445	30.085
11. Soins par audiciens	11.962	24.057	35.462	46.819	45.988
12. Accouchements par accoucheuses	3.846	7.541	11.514	15.444	15.737
13. Prix de la journée d'entretien	1.216.571	2.465.321	3.715.104	4.975.697	5.120.839
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	51.959	107.264	162.247	219.409	213.069
Transport	0	0	0	0	238
Total	**1.268.530**	**2.572.585**	**3.877.351**	**5.195.106**	**5.334.146**
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.278	5.205	7.599	9.427	7.667
15. Dialyse					
a) Médecins	35.638	71.437	108.713	147.383	149.630
b) Forfait dialyse rénale	32.692	65.673	100.633	137.130	140.214
c) À domicile, dans un centre	25.795	51.448	79.077	106.963	106.447
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	0
Total dialyse	**94.125**	**188.558**	**288.423**	**391.476**	**396.291**

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	**2011.1**	**2011.2**	**2011.3**	**2011.4**	**Objectif**
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	296.122	580.949	881.187	1.186.508	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	220.883	427.173	643.341	861.167	
c) Centres de soins de jour	3.773	7.677	11.739	16.394	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	76.257	144.467	215.585	284.128	
e) Prime syndicale	2.341	2.341	4.293	4.293	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	5.048	7.309	10.449	13.474	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	0	277	
Total	**604.424**	**1.169.916**	**1.766.594**	**2.366.241**	**2.367.070**
17. Fin de carrière	34.469	55.688	76.854	98.023	97.155
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	22.934	46.475	72.101	95.944	106.370
b) Initiatives d'habitation protégée	9.268	18.349	27.933	38.550	41.201
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	590	1.260	1.919	2.575	2.634
Total	**32.792**	**66.084**	**101.953**	**137.069**	**150.205**
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	115.340	243.652	363.792	499.945	561.805
20. Fond Spécial	5.367	8.483	9.952	12.118	17.643
21. Logopédie	19.587	39.551	55.007	74.519	72.903
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.597	14.324	21.549	28.774	25.904
24. Régularisations + Refacturation	-40.299	-65.669	-84.691	-99.826	-71.017
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
b) MAF fiscal	0	0	0	0	0
Total maximum à facturer	**125.352**	**160.709**	**223.499**	**329.653**	**379.760**
26. Patients chroniques	20.769	35.658	55.409	85.823	96.927
27. Soins palliatifs	3.567	7.668	10.592	11.460	12.422
28. Soins palliatifs (patient)	3.254	6.344	9.483	12.705	20.092
29. Matériel corporel humain	1.207	2.583	4.055	5.537	8.980
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	121	235	397	535	526
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	127	225	318	403	568
b) COMA	119	247	373	500	783
c) Projets thérapeutiques	134	263	407	521	1.335
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	**380**	**735**	**1.098**	**1.424**	**2.686**
32. Internés	6.506	6.687	16.048	30.863	32.620
33. Sevrage tabac	224	430	629	837	2.535
34. Circuit de soins psychiatriques	58	1.248	1.713	1.774	3.828
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	50.000

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	**2011.1**	**2011.2**	**2011.3**	**2011.4**	**Objectif**
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38. Maisons médicales	19.498	41.040	62.988	87.225	84.896
39. SM/SLA/Huntington	1.408	3.239	4.888	6.432	8.563
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	9.069
41. Trajets de soins	0	0	0	0	0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0	0	0
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0	0	12.507
44. Maladies rares	0	0	0	0	2.964
45. Accord social	0	0	7.964	18.076	17.930
46. Divers	1.297	1.480	2.745	8.295	30.821
- Affectation fonds d'avenir					0
- Initiatives 2010 BMF					0
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					55.147
- Contributions sécurité sociale équilibre					1.093.460
Total	**0**	**0**	**0**	**0**	**1.148.607**
Total général	**5.993.222**	**11.922.691**	**17.837.628**	**24.077.877**	**25.869.336**

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR)					
Libellé	**2012.1**	**2012.2**	**2012.3**	**2012.4**	**Objectif**
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	320.076				
b) Imagerie médicale	302.888				
c) Consultations, visites et avis	500.768				
d) Prestations spéciales	322.204				
e) Chirurgie	290.323				
f) Gynécologie	23.615				
g) Surveillance	100.801				
h) Forfait accréditation médecins	6.514				
i) Forfait dossier médical	0				
j) Forfait télématique	22				
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	17.226				
m) Fonds d'impulsion	1.424				
n) Soutien de la pratique médecine générale	432				
Total médecins	**1.886.293**	**0**	**0**	**0**	**7.303.139**
2. a) Honoraires dentaires	204.028				807.888
b) Forfait accréditation	15				14.148
Total dentistes	**204.043**	**0**	**0**	**0**	**822.036**
3. Prestations pharmaceutiques	1.135.948				4.311.504
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	288.368				1.199.992
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.255				20.861
6. Soins par kinésithérapeutes	165.660				624.882
7. Soins par bandagistes	62.531				284.392
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	159.805				651.979
10. Soins par opticiens	6.599				31.809
11. Soins par audiciens	11.282				56.349
12. Accouchements par accoucheuses	3.973				16.733
13. Prix de la journée d'entretien	1.271.657				5.300.078
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	58.763				237.051
Transport	0				238
Total	**1.330.420**	**0**	**0**	**0**	**5.537.367**
14. Hôpital militaire - prix all-in	472				7.921
15. Dialyse					
a) Médecins	38.132				155.625
b) Forfait dialyse rénale	35.417				143.225
c) À domicile, dans un centre	26.722				119.345
d) Dialyse de nuit	0				0
Total dialyse	**100.271**	**0**	**0**	**0**	**418.195**

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	**2012.1**	**2012.2**	**2012.3**	**2012.4**	**Objectif**
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	312.786				
b) Maisons de repos pour personnes âgées	222.329				
c) Centres de soins de jour	4.624				
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.048				
e) Prime syndicale	2.388				
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0				
g) Centres de jour palliatifs	0				
Total	**625.175**	**0**	**0**	**0**	**2.516.463**
17. Fin de carrière	37.577				113.187
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	23.391				109.675
b) Initiatives d'habitation protégée	10.534				43.210
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	688				2.955
Total	**34.613**	**0**	**0**	**0**	**155.840**
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	127.460				592.300
20. Fond Spécial	1.041				19.640
21. Logopédie	20.417				76.914
22. Centres médicaux-pédiatriques	0				0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.895				31.143
24. Régularisations + Refacturation	-33.826				-74.213
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	111.124				390.694
b) MAF fiscal	0				0
Total maximum à facturer	**111.124**	**0**	**0**	**0**	**390.694**
26. Patients chroniques	20.662				105.939
27. Soins palliatifs	3.925				12.485
28. Soins palliatifs (patient)	3.625				19.683
29. Matériel corporel humain	1.613				6.617
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	171				551
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	108				506
b) COMA	134				594
c) Projets thérapeutiques	105				772
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	**347**	**0**	**0**	**0**	**1.872**
32. Internés	4.001				33.595
33. Sevrage tabac	234				2.575
34. Circuit de soins psychiatriques	59				4.092

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	**2012.1**	**2012.2**	**2012.3**	**2012.4**	**Objectif**
35. Provision de stabilité	0				0
36. Fonds assuétudes	3.283				3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0				0
38. Maisons médicales	22.018				98.417
39. SM/SLA/Huntington	1.654				8.850
40. Patients chroniques extra	0				8.696
41. Trajets de soins	0				0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0				0
43. Fonds d'indemnisation	0				12.507
44. Maladies rares	0				3.053
45. Accord social	0				18.199
46. Divers	1.539				32.678
- Gel montants réservés					70.049
- Compensation économies mars 2012					20.247
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					55.147
- Contributions sécurité sociale équilibre					0
Total	**0**	**0**	**0**	**0**	**145.443**
Total général	**6.360.527**	**0**	**0**	**0**	**25.627.379**

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en %				
Libellé	**2011.1**	**2011.2**	**2011.3**	**2011.4**
	2010.1	**2010.2**	**2010.3**	**2010.4**
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-7,4	-4,1	-1,0	1,4
b) Imagerie médicale	-0,7	0,7	3,1	5,1
c) Consultations, visites et avis	6,8	6,1	6,2	7,5
d) Prestations spéciales	0,8	2,1	2,8	2,8
e) Chirurgie	4,3	5,2	4,3	3,9
f) Gynécologie	2,9	3,2	4,1	3,4
g) Surveillance	0,3	3,4	3,5	3,2
h) Forfait accréditation médecins	11,3	11,2	4,3	-24,6
i) Forfait dossier médical	0,0	0,0	0,0	0,0
j) Forfait télématique	475,0	0,3	2,2	2,8
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	-64,1	73,4	130,8	114,9
m) Fonds d'impulsion	-31,4	-14,3	7,9	-1,8
n) Soutien de la pratique médecine générale	-55,3	-62,6	-15,2	33,7
Total médecins	**0,3**	**2,5**	**3,2**	**4,4**
2. a) Honoraires dentaires	3,9	2,0	2,0	2,4
b) Forfait accréditation	0,0	-14,3	13,3	13,3
Total dentistes	**3,9**	**2,0**	**2,3**	**2,5**
3. Prestations pharmaceutiques	4,2	4,2	3,8	3,5
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Frais spécifiques services soins à domicile	3,9	3,9	6,0	5,7
6. Soins par kinésithérapeutes	9,9	10,3	8,8	9,1
7. Soins par bandagistes	8,7	7,5	6,1	6,1
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	7,0	7,2	6,3	6,7
10. Soins par opticiens	7,7	2,6	1,8	2,7
11. Soins par audiciens	4,6	10,2	8,2	7,5
12. Accouchements par accoucheuses	12,3	8,2	8,8	7,5
13. Prix de la journée d'entretien	8,4	8,8	8,4	7,6
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	8,8	10,1	10,4	9,3
Transport	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	**8,4**	**8,9**	**8,4**	**7,6**
14. Hôpital militaire - prix all-in	64,2	148,9	47,3	42,2
15. Dialyse				
a) Médecins	3,4	5,4	6,5	5,3
b) Forfait dialyse rénale	2,5	4,0	7,0	6,4
c) À domicile, dans un centre	2,2	4,6	7,9	4,8
d) Dialyse de nuit	0,0	0,0	0,0	0,0
Total dialyse	**2,8**	**4,7**	**7,1**	**5,6**

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en % - suite				
Libellé	**2011.1 / 2010.1**	**2011.2 / 2010.2**	**2011.3 / 2010.3**	**2011.4 / 2010.4**
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	10,5	11,8	13,3	13,5
b) Maisons de repos pour personnes âgées	2,7	2,2	2,6	1,8
c) Centres de soins de jour	9,1	13,1	14,5	18,4
d) Harmonisation salariale personnel MRS	-8,4	-3,5	-0,1	0,8
e) Prime syndicale	2,0	2,0	87,1	87,1
f) Renouvellements de soins (art. 56)	2.570,9	3.767,2	-4,9	3,6
g) Centres de jour palliatifs	0,0	0,0	-100,0	-48,9
Total	**5,6**	**6,7**	**7,4**	**7,4**
17. Fin de carrière	-1,2	3,0	5,3	6,6
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	5,8	11,1	12,7	10,4
b) Initiatives d'habitation protégée	-2,2	0,2	2,5	5,7
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	7,3	16,1	14,4	14,6
Total	**3,4**	**7,9**	**9,8**	**9,1**
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	2,0	4,8	4,8	5,3
20. Fond Spécial	33,4	3,2	-2,1	-36,2
21. Logopédie	8,3	7,1	7,1	6,4
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0	0,0	0,0	0,0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	23,2	17,7	16,1	9,6
24. Régularisations + Refacturation	-18,7	-15,3	-15,9	-20,4
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	3,7	-7,3	0,1	1,0
b) MAF fiscal	0,0	0,0	0,0	0,0
Total maximum à facturer	**3,7**	**-7,3**	**0,1**	**1,0**
26. Patients chroniques	0,8	0,2	-0,2	0,6
27. Soins palliatifs	3,4	6,9	6,6	9,5
28. Soins palliatifs (patient)	4,4	2,5	2,1	3,1
29. Matériel corporel humain	-15,9	-3,5	-8,4	-1,0
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	-5,5	-2,9	3,7	3,3
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	49,4	18,4	17,3	10,4
b) COMA	0,8	-0,4	0,3	3,1
c) Projets thérapeutiques	15,5	22,3	5,7	-5,8
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	**19,1**	**12,6**	**6,8**	**1,5**

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en % - suite				
Libellé	**2011.1** / **2010.1**	**2011.2** / **2010.2**	**2011.3** / **2010.3**	**2011.4** / **2010.4**
32. Internés	-26,7	-51,3	-18,6	-15,2
33. Sevrage tabac	89,8	56,9	47,3	37,0
34. Circuit de soins psychiatriques	0,0	-25,4	-10,0	-9,2
35. Provision de stabilité	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds assuétudes	109,6	0,0	0,0	0,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Maisons médicales	11,4	14,2	17,1	18,9
39. SM/SLA/Huntington	29,8	33,1	29,4	25,7
40. Patients chroniques extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Trajets de soins	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds d'indemnisation	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Maladies rares	0,0	0,0	0,0	0,0
45. Accord social	0,0	0,0	0,0	0,0
46. Divers	213,3	-21,0	19,9	-15,3
Total général	**4,4**	**4,9**	**5,4**	**5,5**

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en %				
Libellé	**2012.1** **2011.1**	**2012.2** **2011.2**	**2012.3** **2011.3**	**2012.4** **2011.4**
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	13,4			
b) Imagerie médicale	13,9			
c) Consultations, visites et avis	4,1			
d) Prestations spéciales	9,1			
e) Chirurgie	8,6			
f) Gynécologie	3,3			
g) Surveillance	10,4			
h) Forfait accréditation médecins	104,8			
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	-52,2			
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	249,8			
m) Fonds d'impulsion	57,2			
n) Soutien de la pratique médecine générale	0,5			
Total médecins	**10,0**			
2. a) Honoraires dentaires	3,0			
b) Forfait accréditation	114,3			
Total dentistes	**3,0**			
3. Prestations pharmaceutiques	3,9			
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	7,7			
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,5			
6. Soins par kinésithérapeutes	3,9			
7. Soins par bandagistes	6,2			
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	16,3			
10. Soins par opticiens	0,2			
11. Soins par audiciens	-5,7			
12. Accouchements par accoucheuses	3,3			
13. Prix de la journée d'entretien	4,5			
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	13,1			
Transport				
Total	**4,9**			

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en % - suite				
Libellé	**2012.1**	**2012.2**	**2012.3**	**2012.4**
	2011.1	**2011.2**	**2011.3**	**2011.4**
14. Hôpital militaire - prix all-in	-79,3			
15. Dialyse				
a) Médecins	7,0			
b) Forfait dialyse rénale	8,3			
c) À domicile, dans un centre	3,6			
d) Dialyse de nuit	0,0			
Total dialyse	**6,5**			
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	5,6			
b) Maisons de repos pour personnes âgées	0,7			
c) Centres de soins de jour	22,6			
d) Harmonisation salariale personnel MRS	8,9			
e) Prime syndicale	2,0			
f) Renouvellements de soins (art. 56)				
g) Centres de jour palliatifs				
Total	**3,4**			
17. Fin de carrière	9,0			
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	2,0			
b) Initiatives d'habitation protégée	13,7			
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	16,6			
Total	**5,6**			
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	10,5			
20. Fond Spécial	-80,6			
21. Logopédie	4,2			
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0			
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	3,9			
24. Régularisations + Refacturation	-16,1			
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-11,4			
b) MAF fiscal	0,0			
Total maximum à facturer	**-11,4**			
26. Patients chroniques	-0,5			
27. Soins palliatifs	10,0			

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en % - suite				
Libellé	**2012.1** **2011.1**	**2012.2** **2011.2**	**2012.3** **2011.3**	**2012.4** **2011.4**
28. Soins palliatifs (patient)	11,4			
29. Matériel corporel humain	33,6			
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	41,3			
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-15,0			
b) COMA	12,6			
c) Projets thérapeutiques	-21,6			
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	**-8,7**			
32. Internés	-38,5			
33. Sevrage tabac	4,5			
34. Circuit de soins psychiatriques	1,7			
35. Provision de stabilité	0,0			
36. Fonds assuétudes	9,4			
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0,0			
38. Maisons médicales	12,9			
39. SM/SLA/Huntington	17,5			
40. Patients chroniques extra	0,0			
41. Trajets de soins	0,0			
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0,0			
43. Fonds d'indemnisation	0,0			
44. Maladies rares	0,0			
45. Accord social	0,0			
46. Divers	18,7			
Total général	**6,1**			

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2012 dans l'objectif 2012				
Libellé	**2012.1**	**2012.2**	**2012.3**	**2012.4**
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique				
b) Imagerie médicale				
c) Consultations, visites et avis				
d) Prestations spéciales				
e) Chirurgie				
f) Gynécologie				
g) Surveillance				
h) Forfait accréditation médecins				
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique				
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)				
m) Fonds d'impulsion				
n) Soutien de la pratique médecine générale				
Total médecins	**25,8**			
2. a) Honoraires dentaires	25,3			
b) Forfait accréditation	0,1			
Total dentistes	**24,8**			
3. Prestations pharmaceutiques	26,3			
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	24,0			
5. Frais spécifiques services soins à domicile	49,2			
6. Soins par kinésithérapeutes	26,5			
7. Soins par bandagistes	22,0			
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	24,5			
10. Soins par opticiens	20,7			
11. Soins par audiciens	20,0			
12. Accouchements par accoucheuses	23,7			
13. Prix de la journée d'entretien	24,0			
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	24,8			
Transport	0,0			
Total	**24,0**			
14. Hôpital militaire - prix all-in	6,0			

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2012 dans l'objectif 2012 - suite				
Libellé	**2012.1**	**2012.2**	**2012.3**	**2012.4**
15. Dialyse				
a) Médecins	24,5			
b) Forfait dialyse rénale	24,7			
c) À domicile, dans un centre	22,4			
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	**24,0**			
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins				
b) Maisons de repos pour personnes âgées				
c) Centres de soins de jour				
d) Harmonisation salariale personnel MRS				
e) Prime syndicale				
f) Renouvellements de soins (art. 56)				
g) Centres de jour palliatifs				
Total	**24,8**			
17. Fin de carrière	33,2			
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	21,3			
b) Initiatives d'habitation protégée	24,4			
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	23,3			
Total	**22,2**			
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	21,5			
20. Fond Spécial	5,3			
21. Logopédie	26,5			
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0			
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	25,4			
24. Régularisations + Refacturation	45,6			
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	28,4			
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	**28,4**			
26. Patients chroniques	19,5			
27. Soins palliatifs	31,4			
28. Soins palliatifs (patient)	18,4			
29. Matériel corporel humain	24,4			

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2012 dans l'objectif 2012 - suite				
Libellé	**2012.1**	**2012.2**	**2012.3**	**2012.4**
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	31,0			
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	21,3			
b) COMA	22,6			
c) Projets thérapeutiques	13,6			
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	**18,5**			
32. Internés	11,9			
33. Sevrage tabac	9,1			
34. Circuit de soins psychiatriques	1,4			
35. Provision de stabilité	0,0			
36. Fonds assuétudes	109,4			
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0,0			
38. Maisons médicales	22,4			
39. SM/SLA/Huntington	18,7			
40. Patients chroniques extra	0,0			
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares	0,0			
45. Accord social	0,0			
46. Divers	4,7			
Total général	**24,8**			

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs

Libellé	Juin 2011 (1)	Septembre 2011 (2)	Décembre 2011 (3)	Mars 2012 (4)
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-7,93	-4,33	1,39	6,73
b) Imagerie médicale	-1,25	1,58	5,06	8,70
c) Consultations, visites et avis	1,57	0,88	5,21	4,83
d) Prestations spéciales	2,26	2,94	2,75	4,84
e) Chirurgie	4,71	4,19	3,92	5,04
f) Gynécologie	2,10	3,83	3,43	3,52
g) Surveillance	3,60	3,57	3,21	5,80
h) Forfait accréditation médecins	45,09	3,07	-24,59	-3,12
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	-1,69	2,78	2,79	1,81
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	5,53	78,06	114,89	262,64
m) Fonds d'impulsion	-12,75	16,15	-1,80	10,98
n) Soutien de la pratique médecine générale	5,09	13,63	33,74	39,99
Total médecins	**0,15**	**1,53**	**4,36**	**6,84**
2. a) Honoraires dentaires	1,48	1,46	2,36	2,12
b) Forfait accréditation	7,45	13,60	13,26	13,33
Total dentistes	**1,56**	**1,65**	**2,53**	**2,29**
3. Prestations pharmaceutiques	4,52	4,12	3,47	3,41
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	4,43	5,79	5,72	6,57
5. Frais spécifiques services soins à domicile	3,39	6,35	5,72	6,97
6. Soins par kinésithérapeutes	4,67	4,43	4,60	3,93
7. Soins par bandagistes	9,53	7,56	7,45	8,98
8. Soins par orthopédistes	5,14	3,25	5,11	3,02
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	7,88	6,57	6,74	9,18
10. Soins par opticiens	1,19	0,65	2,68	0,64
11. Soins par audiciens	9,07	8,29	7,53	4,71
12. Accouchements par accoucheuses	6,47	8,05	7,52	5,32
13. Prix de la journée d'entretien	7,22	8,09	7,55	6,58
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	6,91	8,70	9,29	10,37
Transport				
Total	**7,20**	**8,12**	**7,62**	**6,74**

(1) Juin 2011 = (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) / (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009)
(2) Septembre 2011 = (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) / (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009)
(3) Décembre 2011 = (12 mois 2011) / (12 mois 2010)
(4) Mars 2012 = (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011) / (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Juin 2011 (1)	Septembre 2011 (2)	Décembre 2011 (3)	Mars 2012 (4)
14. Hôpital militaire - prix all-in	57,62	18,36	42,19	1,33
15. Dialyse				
a) Médecins	4,32	6,86	5,33	6,22
b) Forfait dialyse rénale	2,59	6,83	6,44	7,88
c) À domicile, dans un centre	3,44	8,90	4,81	5,14
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	**3,47**	**7,40**	**5,57**	**6,50**
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	10,70	12,40	13,51	12,09
b) Maisons de repos pour personnes âgées	1,66	2,58	1,76	1,23
c) Centres de soins de jour	8,83	11,87	18,43	21,80
d) Harmonisation salariale personnel MRS	1,85	1,75	0,81	5,84
e) Prime syndicale	2,00	87,06	87,06	85,39
f) Renouvellements de soins (art. 56)	8.807,96	13,23	3,55	-52,85
g) Centres de jour palliatifs		-100,00	-48,89	-48,89
Total	**6,94**	**7,28**	**7,40**	**6,79**
17. Fin de carrière	7,46	7,12	6,60	10,47
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	6,58	10,00	10,45	9,40
b) Initiatives d'habitation protégée	-0,18	1,88	5,72	9,81
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	14,79	14,54	14,60	16,88
Total	**4,73**	**7,71**	**9,15**	**9,65**
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	5,80	5,37	5,33	7,38
20. Fond Spécial	40,16	27,65	-36,20	-61,69
21. Logopédie	6,93	6,89	6,39	5,31
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	18,85	17,07	9,63	5,04
24. Régularisations + Refacturation	-12,12	-15,03	-20,43	-19,66
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-5,86	-1,29	1,02	-4,66
b) MAF fiscal	-100,00	-100,00		
Total maximum à facturer	**-5,67**	**-1,23**	**1,02**	**-4,66**

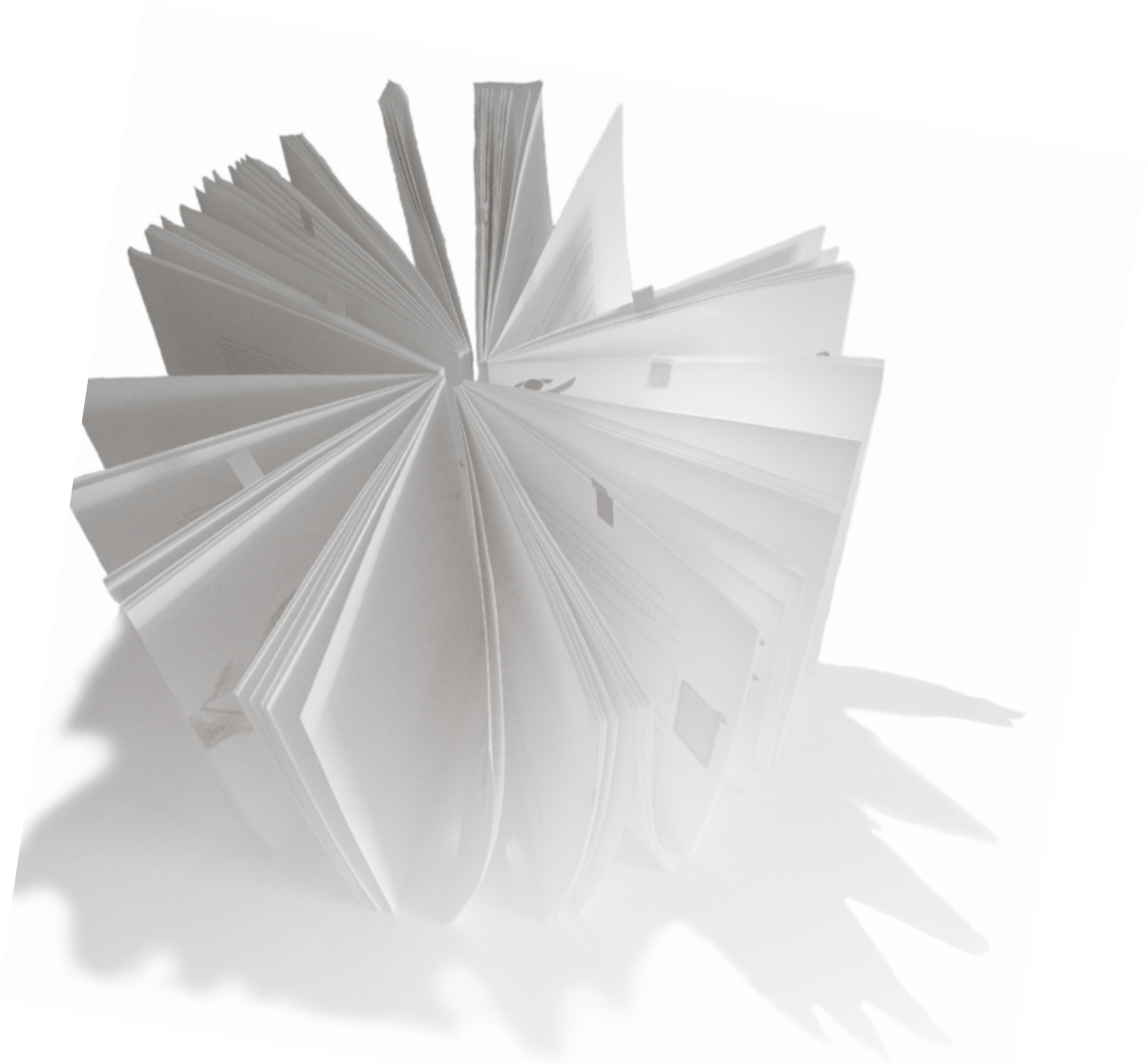
(1) Juin 2011 = (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) / (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009)
(2) Septembre 2011 = (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) / (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009)
(3) Décembre 2011 = (12 mois 2011) / (12 mois 2010)
(4) Mars 2012 = (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011) / (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Juin 2011 (1)	Septembre 2011 (2)	Décembre 2011 (3)	Mars 2012 (4)
26. Patients chroniques	2,49	2,58	0,62	0,30
27. Soins palliatifs	5,79	3,30	9,50	11,67
28. Soins palliatifs (patient)	3,14	2,13	3,08	4,93
29. Matériel corporel humain	-3,68	-17,95	-0,98	10,79
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes	0,79	0,19	3,28	14,48
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	7,24	15,08	10,41	-5,65
b) COMA	-2,62	-3,76	3,09	5,97
c) Projets thérapeutiques	4,16	-4,80	-5,79	-13,84
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	**2,63**	**0,41**	**1,50**	**-4,99**
32. Internés	-20,20	5,49	-15,16	-16,63
33. Sevrage tabac	137,46	71,16	36,99	18,13
34. Circuit de soins psychiatriques	-11,77	-10,14	-9,21	-11,78
35. Provision de stabilité			0,00	
36. Fonds assuétudes	-18,39	-12,84	0,00	-28,15
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	12,06	16,27	18,94	19,13
39. SM/SLA/Huntington	56,57	32,93	25,70	22,76
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social				
46. Divers	33,64	43,49	-15,26	-20,01
Total général	**4,02**	**4,83**	**5,50**	**5,94**

(1) Juin 2011 = (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) / (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009)
(2) Septembre 2011 = (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) / (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009)
(3) Décembre 2011 = (12 mois 2011) / (12 mois 2010)
(4) Mars 2012 = (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011) / (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010)

8e Partie
Bibliographie



I. European Yearbook of Disability Law[1] Volume 3

Auteurs : L. Waddington, G; Quinn et E. Flynn

Le European Yearbook of Disability Law fait partie du programme de recherche en cours qui a été initié par le “Maastricht Centre for Human Rights” de l’Université de Maastricht et le “Centre for Disability Law and Policy” de l’Université nationale de Galway, Irlande. Cet ouvrage recense les développements significatifs intervenus au niveau européen en ce qui concerne la loi et la politique en matière d’invalidité.

L’ouvrage contient une série d’articles sur d’actuels défis et développements, rédigé par des analystes expérimentés et académiciens de terrain. Le but est de porter un regard critique sur l’évolution de la loi et de la politique en matière d’invalidité en Europe et d’analyser des défis pressants dans une grande variété de domaines.

L’essentiel de l’ouvrage consiste à passer en revue les évènements significatifs de l’année antérieure ainsi que les développements législatifs et politiques au sein des institutions de l’Union européenne. L’ouvrage analyse d’importants développements intervenus en matière de politique U.E., des études et autres publications, des propositions législatives et la jurisprudence de la Cour de Justice de l’Union européenne et de la Cour européenne des droits de l’homme.

(Traduction)

II. Cross-Border Welfare State[2]

Éditeur : G. Vonk

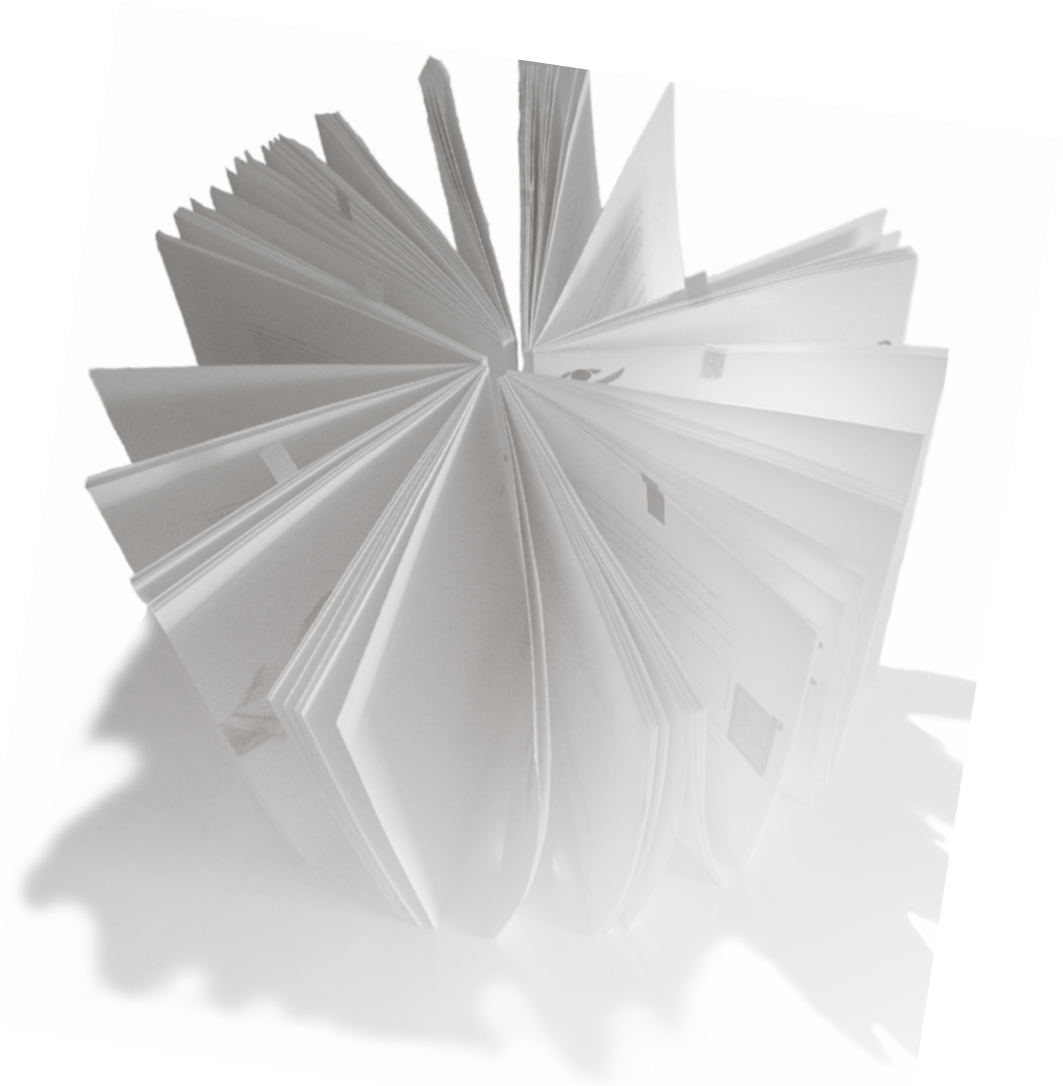
La situation des migrants non ressortissants de l’U.E. est problématique dans le domaine de la sécurité sociale. Plusieurs pays européens réduisent l’accès aux prestations sociales pour des catégories de migrants dont la présence n’est pas souhaitée. En même temps, la portée de d’application des systèmes nationaux se borne de plus en plus aux frontières nationales. À titre d’exemple, certains pays prennent des mesures visant à réduire les possibilités d’exporter des prestations. Ces deux tendances d’exclusion et de retranchement affectent tout particulièrement les immigrés irréguliers et les personnes de déplaçant entre l’Europe et des pays en voie de développement non protégés par des accords bilatéraux en matière de sécurité sociale.

1. Intersentia nv, Groenstraat 31, 2640 Mortsel - Tél. : +3236801550 - Fax. : +3236587121 - mail@intersentia.be - www.intersentia.be - ISBN 978-1-78068-090-3-XIV + 436 pp. - Prix : 79,00 EUR.
2. Intersentia nv, Groenstraat 31, 2640 Mortsel - Tél. : +3236801550 - Fax. : +3236587121 - mail@intersentia.be - www.intersentia.be - ISBN 978-1-78068-096-5-XVI + 260 pp. - Prix : 59,00 EUR.

Ces tendances trouvent leurs origines dans la manière dont la sécurité sociale interagit avec les politiques d'immigration et d'intégration civique. Le présent ouvrage traite de cette interaction et contient des articles sur la situation des migrants irréguliers dans le domaine de la sécurité sociale, l'accueil des demandeurs d'asile, les conditions d'entrée reprises dans la loi sur l'immigration, l'intégration civique, la protection informelle en matière de sécurité sociale de migrants formellement exclus, la protection sociale et le retour volontaire. Ces différents articles amènent à une analyse globale sur la situation des migrants exclus. En gardant à l'esprit que l'exclusion de certains immigrés de la sécurité sociale est légitime du point de vue des politiques nationales ou même du point de vue de la logique même de la sécurité sociale, quelles stratégies alternatives peuvent être mises en place afin de protéger ces migrants exclus sans pour autant ébranler les politiques nationales et leur logique ?

(Traduction)

9e Partie
Prix des publications



Publications de l'INAMI et tarifs pour 2013 (en EUR)

1. Bulletin d'information INAMI

Revue: paraît 4 fois par an 32,00

@ Le bulletin d'information est aussi disponible sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

2. Textes coordonnés SSI

L'ensemble des textes coordonnés est disponible sur un CD-rom 5,00
À chaque mise à jour, une nouvelle version adaptée est disponible 5,00

a. Loi coordonnée du 14 juillet 1994

Brochure 27,00
Mises à jour 2013 25,00
Texte de base[1] + mises à jour 2013 ..... Feuilles interchangeables .. 52,00

b. Arrêté royal du 3 juillet 1996

Brochure 17,00
Mises à jour 2013 5,00
Texte de base[1] + mises à jour 2013 ..... Feuilles interchangeables .. 22,00

c. Indemnités (règlement et arrêtés d'exécution)

Brochure 2,00
Mises à jour 2013 12,00
Texte de base[1] + mises à jour 2013 ..... Feuilles interchangeables .. 14,00

d. Prestations de santé (règlement)

Brochure 12,00
Mises à jour 2013 6,00
Texte de base[1] + mises à jour 2013 ..... Feuilles interchangeables .. 18,00

1. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

e. Prestations de santé (arrêtés d'exécution)

Brochure 45,00
Mises à jour 2013 13,00
Texte de base[1] + mises à jour 2013 ..... Feuilles interchangeables ... 58,00

f. Divers arrêtés royaux (e.a. indemnités indépendants, contrôle, contentieux)

Brochure 6,00
Mises à jour 2013 6,00
Texte de base[1] + mises à jour 2013 ..... Feuilles interchangeables ... 12,00

g. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de a à f inclus)

Textes de base[1] + mises à jour 2013 ..... Feuilles interchangeables . 168,00
Mises à jour 2013 52,00

h. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de c à e inclus)

Textes de base[1] + mises à jour 2013 ..... Feuilles interchangeables ... 87,00
Mises à jour 2013 28,00

@ Une base de données de réglementation (Docleg) est également consultable sur le site internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Réglementation.

Sous la même rubrique, un certain nombre de textes réglementaires sont également disponibles au format PDF :

- loi coordonnée du 14 juillet 1994
- arrêté royal du 3 juillet 1996
- règlement des soins de santé du 28 juillet 2003 et arrêtés d'exécution
- règlement des indemnités du 16 avril 1997 et arrêtés d'exécution.

3. Nomenclature des prestations de santé

a. Texte de la nomenclature

Texte de base[1] + mises à jour 2013 ..... Feuilles interchangeables .. 68,00
Mises à jour 2013 45,00

b. Règles interprétatives de la nomenclature

Texte de base[1] + mises à jour 2013 ..... Feuilles interchangeables .. 49,00
Mises à jour 2013 8,00

@ Le texte de la nomenclature et les règles interprétatives sont aussi disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, accès à partir de la page d'accueil du site.

1. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

4. Information technique

a. Circulaires aux organismes assureurs

Circulaires par lesquelles l'INAMI communique ses instructions aux O.A.

La feuille 0,12
Abonnement[2] ..... Provision de 50,00
Index 1964-2012 ..... CD-Rom 6,00

b. Répertoire de jurisprudence

Répertoire de jurisprudence de l'assurance obligatoire SSI
Texte de base[1] + mises à jour 2013 ..... Feuilles interchangeables .. 56,00
Mises à jour 2013 10,00

5. Rapport annuel, brochures, dépliants, livres

a. Rapport annuel INAMI, disponible uniquement via le site internet de l'INAMI (version imprimable)

b. L'INAMI sous la loupe - Rôle, partenaires et ambition

Brochure ..... gratuit

c. L'INAMI - Comment, pourquoi, pour qui ?

Dépliant ..... gratuit

d. Fonds spécial de solidarité

Dépliant, selon disponibilité ..... gratuit

e. Répertoire des Unions nationales de mutualités et des Mutualités de Belgique (assurance obligatoire SSI)

À partir de 2013 seulement à consulter sur le site internet de l'INAMI, rubrique Citoyen > Mutualités > Contactez les mutualités.

f. Liste des offices de tarification agréés ..... gratuit

g. L'évolution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire (1945-1970)

Livre de J. Engels (449 pp.) 12,50

@ Les publications reprises au point 5 (a à e) sont disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

1. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.
2. Le prix exact de l'abonnement sera déterminé lors de la parution de la dernière circulaire de l'année 2013

Pour obtenir des renseignements ou retirer les publications suivantes, veuillez vous adresser à :

Publication	Contact
1, 2, 3, 4	Service abonnements
	tél. 02/739 72 32, e-mail : abonnee@inami.fgov.be
5.a, b et c	Cellule communication
	tél. 02/739 72 10, e-mail : communication@inami.fgov.be
5.d	Service des soins de santé
	tél. 02/739 77 77, e-mail : fonds-solidarite@inami.fgov.be
5.f	Service des soins de santé
	tél. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail : daniel.vandenbergh@inami.fgov.be
5.g	Service de documentation
	tél. 02/739 70 91, e-mail : bib@inami.fgov.be

Les publications payantes peuvent être obtenues contre virement au CCP: IBAN : BE 84 6790 2621 5359 - BIC : PCHQ BEBB de l'INAMI, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles, en indiquant en communication la publication souhaitée.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
Mme Marie de Ghellinck
M. Luc Maroy
M. Paul-André Briffeuil
Mme Isabelle Daumerie
Mme Nancy De Marneffe
Mme Christel Heymans
Mme Linda Maesen
Mme Muriel Marcq
Mme Kathleen Hove
M. Cédric Stassin
Mme Sylvie Willemsens

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Service des abonnements

4 numéros par an - 30 EUR
CCP N° 679-0262153-59
Tél. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@inami.fgov.be

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726