

# Sommaire

1 <sup>re</sup> Partie - Études <sup>1</sup>	439
L'expertise dans le cadre de la loi relative aux accidents médicaux, par M. Stevens	440
2 <sup>e</sup> Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	467
3 <sup>e</sup> trimestre 2012	468
3 <sup>e</sup> Partie - Jurisprudence	477
I. Cour Constitutionnelle du 20 décembre 2012, questions préjudicielles Charte de l'assuré social, article 2 Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, article 3 Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités - Régime d'assurance maladie complémentaire - Charte de l'assuré social	478
II. Cour du travail de Bruxelles, 22 novembre 2012 Constitution, article 159 - Exception d'illégalité Décision de l'INAMI - Notification par organisme assureur - Acte administratif	484
III. Cour du travail de Bruxelles, 7 janvier 2013 Compétence liée - Office du juge Action en garantie - Responsabilité civile - Imputabilité	487
IV. Cour du travail de Gand, section de Gand, 12 novembre 2012 Droit judiciaire, articles 782 et 785 - Jugement - Nullité Droit judiciaire, article 973, § 1 <sup>er</sup> - Expertise - Caractère contradictoire	491
V. Cour du travail d'Anvers, section d'Hasselt, 13 décembre 2012 Droit judiciaire, articles 1054 et 1056 - Appel incident - Qualité des parties	492

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

## 4<sup>e</sup> Partie - Questions et réponses parlementaires 497

- I. Fonds des accidents médicaux (FAM)  
Indemnisation des dommages résultant de soins de santé – Ayants droit 498
- II. Maintien à l'emploi pour les personnes de 65 ans ou plus  
Maintien d'une couverture sociale suffisante – Différence entre assurance indemnités d'incapacité de travail et assurances accidents de travail et maladies professionnelles 499
- III. Financement supplémentaire des maisons travaillant avec des personnes atteintes de démence  
Nouvelle catégorie D de dépendance – Normes en matière de personnel 502
- IV. INAMI  
Système du remboursement de prestations réclamé aux hôpitaux – Sanctions pour 2012 – Différences régionales – Méthodologie des montants de référence 504
- V. Lutte contre la fraude sociale  
Inspection sociale – Recours au procès-verbal électronique - Coût du projet 506

## 5<sup>e</sup> Partie - Directives de l'INAMI 511

- I. Demande de renonciation à la récupération des indemnités en application de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 :  
procédure administrative 512
- II. Demande de renonciation à la récupération des indemnités en application de l'article 11 du règlement du 12 février 2001 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social :  
procédure administrative 515

## 6<sup>e</sup> Partie – Données de base 519

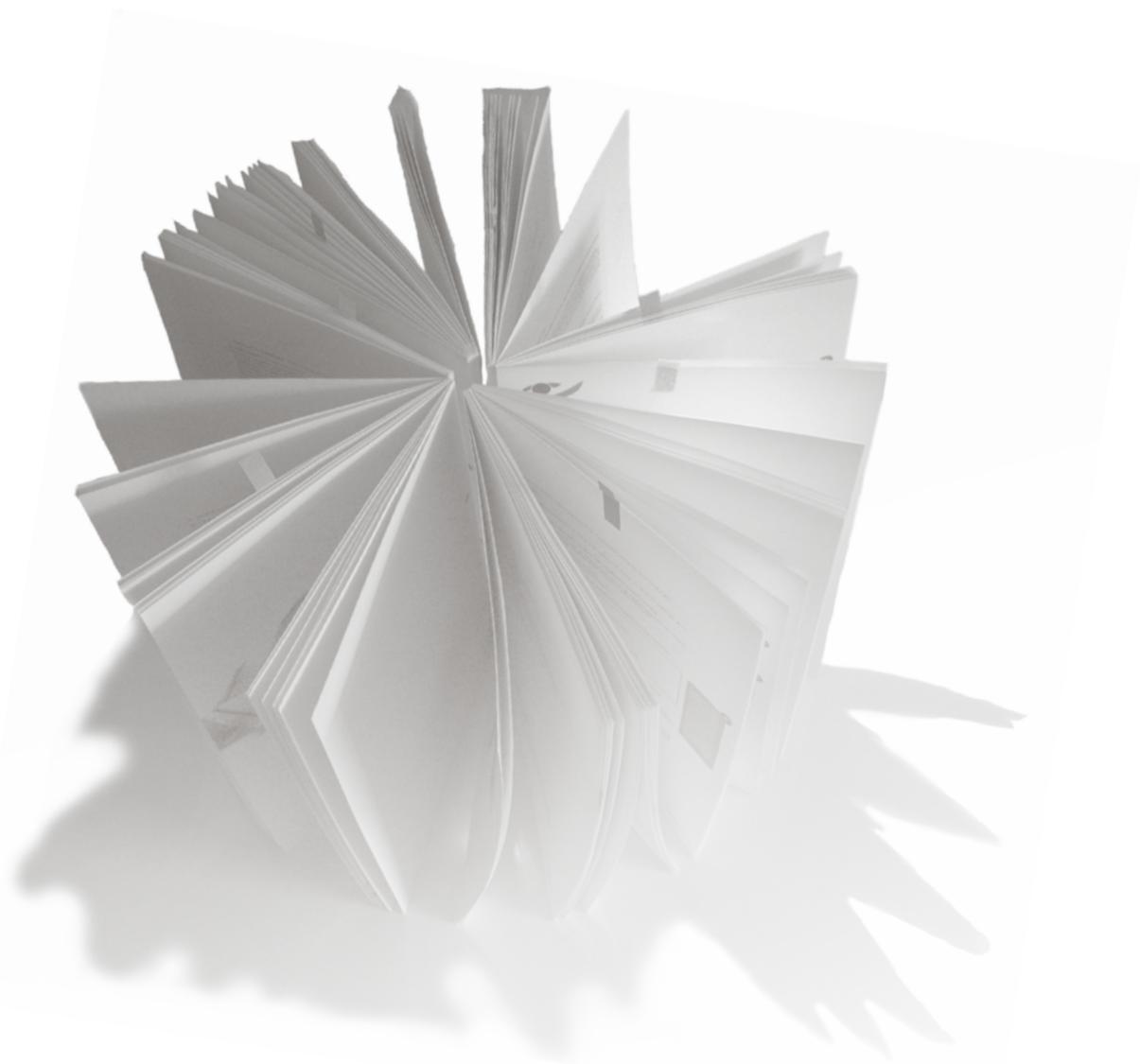
- I. Cotisations à payer par certains titulaires 520
- II. Statut BIM  
Moyenne des montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup>) pour les années 2011-2012 522
- III. Statut BIM  
Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup>) à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2012  
Indexation 523

IV. Statut OMNIO Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance	524
V. Intervention majorée de l'assurance (A.R. 01.04.2007) Montants immunisés du revenu cadastral	524
VI. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3 <sup>e</sup> al. de l'A.R. du 03.07.1996) Résidents, indexation et moyenne annuelle	525
VII. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus	527
VIII. Maximum à facturer - Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2013	528
IX. Article 326, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 Récupération de prestations payées indûment par l'organisme assureur pour les soins de santé (indexation)	529
X. Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224, § 3)	531
7 <sup>e</sup> Partie - Statistiques	533
I. Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé – 3 <sup>e</sup> trimestre 2012	534
II. Évolution du nombre de dispensateurs de soins	555
8 <sup>e</sup> Partie - Prix des publications	557
Publications de l'INAMI et tarifs pour 2013	558
Sommaire de l'année 2012	563



# 1<sup>re</sup> Partie

## Études



# L'expertise dans le cadre de la loi relative aux accidents médicaux

Par M. Stevens, juriste aux Fonds des accidents médicaux

## Chapitre I. Introduction

Quand un patient subit un dommage corporel dans le cadre d'une prestation de soins, la question suivante ne tarde pas à se poser : "Qui va l'indemniser et quel indemnisation la victime recevra-t-elle ?"<sup>1</sup>. Il va de soi que tout un chacun a droit à une réponse claire à cette question. Une expertise médicale permet d'y aider. L'expertise médicale, effectuée par un ou plusieurs praticiens professionnels, a en effet pour objectif de décrire l'ampleur du dommage corporel sous toutes ses facettes, afin de permettre d'évaluer le dommage de façon objective, individuelle, tant fonctionnelle que situationnelle, et de procéder à une indemnisation<sup>2</sup>. Dans ce cadre, un accompagnement adéquat de la victime est conseillé.

L'évaluation requiert notamment l'intervention d'un ou plusieurs praticiens professionnels-experts et d'un juriste. Leurs missions respectives correspondent aux deux phases qui peuvent être distinguées dans la procédure d'évaluation du dommage corporel. Dans la première phase, le facteur purement corporel du dommage est déterminé par l'intervention du praticien professionnel-expert. Ensuite, dans une deuxième phase, l'indemnisation financière est calculée sur base des constatations faites dans la première phase<sup>3</sup>. Le juriste doit également esquisser le cadre dans lequel l'expert peut remplir sa mission.

La victime peut faire constater le dommage de différentes façons. Soit par une "expertise unilatérale", soit par une "expertise amiable", ou encore via une "expertise judiciaire", dans laquelle un juge désigne un expert dans un jugement, à la demande ou non de l'une des parties. Mais l'objectif du législateur est justement, via le FAM, d'éclaircir cette matière souvent difficile et complexe et de trouver une solution amiable. Logiquement, le Fonds sera dès lors confronté dans la plupart des cas à des "expertises amiables" dans le cadre desquelles il organisera une expertise pour les parties concernées<sup>4</sup> sans intervention du tribunal.

Dans cette contribution, je souhaite me concentrer tout particulièrement sur l'expertise amiable dans le cadre du dommage corporel résultant d'une prestation de soins, en général et au niveau du FAM. Ensuite, j'examinerai s'il existe des possibilités de consensus (conciliation) à l'instigation de l'expert concerné et comment ce rôle crucial se positionne à la lumière d'une expertise judiciaire. Pour terminer, il subsiste un certain nombre de points pour lesquels il n'existe pas encore d'uniformité et qui seront traités au fur et à mesure.

1. J. DE VOS, *De medische expertise*, Damme, Euro Books, 2008, 170.

2. P. MEESEN, "Minnelijke of gerechtelijke medische expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze", R.W. 1997-1998, p. 938.

3. Ibid, p. 937; J. SCHRUIJVERS, "De minnelijke medische expertise", *verkeersrecht* 1992, note, p. 32.

4. Art. 17 de la loi du 31.03.2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, M.B. du 02.04. 2010 (ci-après loi sur les accidents médicaux).

## Chapitre II. Aperçu et classification

L'expertise s'inscrit dans un ensemble plus grand et doit être considérée comme un des éléments ou un des moyens sur lesquels le juge ou, le cas échéant, le FAM se basent pour se prononcer concernant le dommage. En règle générale, une expertise peut se situer tant dans le cadre d'une procédure judiciaire qu'en dehors (voir infra Chapitre III). Si la procédure est lancée dans un cadre extrajudiciaire, elle peut se dérouler de façon tant unilatérale que contradictoire. Ceci vaut également pour le FAM (voir infra Chapitre V). Une procédure devant le tribunal doit toujours revêtir un caractère contradictoire. En outre, l'opportunité de la désignation, la définition de la mission, le choix de l'expert et l'exécution de la mission se feront en fonction du règlement du litige qui existe ou risque d'exister<sup>5</sup>.

Expertise unilatérale		Expertise médicale amiable (=expertise contradictoire)		Expertise civile
Droit commun	FAM : Art. 17, § 1er, loi sur les accidents médicaux	Droit commun	FAM : Art. 17, § 2, loi sur les accidents médicaux	Art. 962-991bis C. jud.
<i>Une partie désigne librement un expert</i>	Le FAM (institution neutre) désigne un expert	Des parties aux intérêts contradictoires désignent un (des) expert(s)	Le FAM (institution neutre) désigne un (des) expert(s)	Le juge désigne un (des) expert(s)
Extrajudiciaire	Extrajudiciaire	Extrajudiciaire	Extrajudiciaire	Judiciaire
Avis technique	Avis technique	Avis technique	Avis technique	Avis technique
-	-	Désignation de <i>commun accord</i>	<i>Récusation</i> de l'expert possible art. 17, § 3	<i>Récusation</i> de l'expert possible art. 966 e.s.
Non contradictoire	Non contradictoire	Contradictoire	Contradictoire	Contradictoire
Convention	Convention	Convention	convention	Jugement avant dire droit
<i>Avis inopposable</i>	<i>Avis inopposable</i>	<i>Avis opposable</i> (force obligatoire en fonction de la convention)	<i>Avis opposable</i> à apprécier souverainement par le FAM	<i>Avis opposable</i> à apprécier souverainement par le juge

5. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken, reeks recht & praktijk*, Mechelen, Kluwer, 2010, p. 3.

## Chapitre III. Les différents types d'expertises - Généralités

### Section 1. L'expertise unilatérale

Une expertise unilatérale se situe en dehors du contexte d'une procédure judiciaire et est organisée par une seule partie sans y impliquer l'éventuelle partie adverse, afin de faire appel à l'avis d'un expert. Elle peut être utile pour exprimer un point de vue de façon synoptique, systématique et complète. Les imprécisions et les griefs sont récapitulés et objectivés.

En vertu du droit commun, l'expertise unilatérale doit être exécutée de bonne foi, comme le prévoit l'article 1134 du Code civil (ci-après C. civ.). Il s'ensuit que dans le cadre d'une mission unilatérale également, il y a lieu d'agir en toute honnêteté, loyauté et bonne foi, dans le respect des droits de la défense<sup>6</sup>. La désignation d'un expert dans le cadre d'une expertise unilatérale peut avoir lieu sans aucune formalité. En principe, une mission écrite n'est pas nécessaire et encore moins une décision judiciaire.

### Section 2. L'expertise contradictoire

Il est question d'expertise contradictoire, sous la forme d'une expertise médicale amiable (ci-après EMA), quand les parties concernées ayant des intérêts divergents<sup>7</sup> organisent une expertise d'un commun accord.

L'expertise se situe hors du contexte d'une procédure judiciaire, mais n'en est pas nécessairement détachée. L'expertise est un moyen de preuve qui est réalisée contradictoirement.

En fonction de la convention conclue préalablement à l'expertise, la force probante peut différer. Une procédure amiable est souvent utilisée en matière de dommage corporel afin de déterminer le pourcentage d'invalidité temporaire et/ou permanente, la date de consolidation, le degré du dommage esthétique, etc., mais aussi, le cas échéant, afin d'identifier précisément les causes, circonstances et conséquences du dommage. Les résultats de l'expertise peuvent éventuellement être utilisés par les parties concernées dans une procédure judiciaire. Toutefois, l'EMA n'est pleinement utile que quand les constatations des experts mettent fin à la discussion sur les points médicaux problématiques<sup>8</sup>. L'objectif est en effet d'amener les parties concernées à prendre conscience de certains aspects de la question, permettant de la sorte de faciliter le règlement final. Il y a lieu de faire remarquer que le terme "amiable" ne signifie pas que des concessions réciproques doivent être faites ou que certains postes de dommages ne vont pas être pris en considération. Le dommage doit être évalué intégralement et *in concreto*<sup>9</sup>.

6. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken*, reeks recht & praktijk, Mechelen, Kluwer, 2010, p. 8.

7. C.-à-d. si la victime souhaite obtenir une indemnisation aussi élevée que possible alors que le prestataire de soins ou son assureur vont essayer de minimiser le dommage.

8. K. VANDERPER, "Minnelijke medische expertise", In IUS, *Interuniversitaire studentenreeks, expertise*, Antwerpen, Kluwer, 189, 55.

9. Y. VERMYLEN, M. BRAEM, "Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken [de tandarts als deskundige]", In X, *Tandarts en recht. Een inleiding tot het recht voor tandartsen.*, p. 319.

Comme l'expertise unilatérale, l'EMA est régie par le droit commun. Dans la doctrine, il est fait référence à l'article 1134 du C. civ. pour ce qui concerne le fondement de sa force obligatoire. Les règles générales en matière de bonne foi et d'interprétation sont également d'application<sup>10</sup>. Le tribunal est en principe lié par les dispositions de la convention d'EMA. Un contrôle judiciaire est certes possible, mais uniquement pour autant que ce contrôle porte sur la validité et l'exécution de la convention<sup>11</sup>.

Une forme particulière de contrôle judiciaire se présente quand les parents d'un enfant mineur signent une convention d'EMA. Un tel acte juridique constitue un acte de disposition, ce qui implique que les parents, avant de pouvoir procéder à la signature, doivent obtenir l'autorisation du tribunal en vertu de l'article 378 du C. civ. À défaut d'une telle autorisation, la convention doit être déclarée nulle. Néanmoins, si la convention stipule que l'expertise a la même valeur qu'une expertise judiciaire<sup>12</sup>, il n'y a selon la doctrine pas lieu de demander d'autorisation préalable. Dans ce cas, les parties conservent en effet la possibilité de critiquer l'avis de l'expert et le tribunal peut décider de suivre ou non l'avis de l'expert<sup>13</sup>.

En droit commun, l'EMA est une bonne alternative à la désignation d'un expert par le tribunal<sup>14</sup>.

### Section 3. L'expertise judiciaire

Cette expertise est ordonnée par le juge. L'expertise civile ou expertise judiciaire n'est définie dans aucun texte légal<sup>15</sup>. La procédure est régie conformément aux articles 962 – 991*bis* du Code judiciaire (ci-après C. jud.). Selon la doctrine, il est généralement admis que cette procédure constitue une procédure de preuve<sup>16</sup>. Il s'agit en effet d'une mesure d'instruction par laquelle des preuves sont collectées. Dans un sens plus large, elle peut non seulement informer le juge, mais aussi permettre de résoudre un litige à l'amiable. Une expertise, réalisée par une personne censée disposer des compétences professionnelles requises, a pour objectif de constater des faits dans des domaines spécifiques et de formuler un avis de nature scientifique et technique à l'intention du juge<sup>17</sup>. Contrairement à l'EMA, l'expert judiciaire reçoit du tribunal une mission détaillée. Le juge peut évaluer souverainement les conclusions de l'expertise et éventuellement en tenir compte<sup>18</sup>. Il est essentiel pour une expertise qu'elle tente de contribuer à une solution concernant un point problématique existant.

10. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken*, Reeks recht & praktijk, Mechelen, Kluwer, 2010, p. 10.

11. P. MEESEN, "Minnelijke of gerechtelijke expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze", R.W. 1997-1998, p. 940; Pol. Mechelen n° 08A6339, 24.02.2010, VAV 2010, afl. 4, 350, 292.

12. C.-à-d. le déroulement contradictoire.

13. P. MEESEN, "Minnelijke of gerechtelijke expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze", R.W. 1997-1998, p. 940.

14. J. TRICOT, "Een minnelijke medische expertise betreffende een cervicaal syndroom", *Medi-ius* 1995, afl. 1, p. 16.

15. *Ibid.*, p. 2.

16. *Ibid.*

17. Y. VERMYLEN, M. BRAEM, "Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken [de tandarts als deskundige]", In X., *Tandarts en recht. Een inleiding tot het recht voor tandartsen*, p. 318.

18. J. BOGAERT, *Het praktisch beheer van een dossier met letselschade*, reeks "Advocaten praktijk – Burgerlijk recht", n° 31, Mechelen, Kluwer, 2008, p. 24.

## Chapitre IV. Le statut de l'expert

Le statut social de l'expert est déterminé par sa catégorie professionnelle<sup>19</sup>. La plupart du temps, il s'agit d'indépendants ou de titulaires de professions libérales qui sont entièrement libres d'accepter ou non une mission. L'expert n'exerce pas une fonction judiciaire et n'est pas partie au litige dans lequel il est désigné. Il n'est en outre pas subordonné aux parties qui le désignent<sup>20</sup>. Le fait qu'une expertise amiable soit régie par le droit des contrats n'empêche pas que l'expert conserve son indépendance. Le mandant définit l'objet et l'ampleur de l'expertise. L'expert reste libre en ce qui concerne le contenu<sup>21</sup>. L'expert doit, certes, respecter les règles légales qui concernent sa profession. Il doit donc, dans les cas qui nous intéressent, être inscrit à l'Ordre des médecins. Il est par conséquent lié aux règles de déontologie et doit contracter une assurance pour sa responsabilité professionnelle (voir infra Chapitre VIII)<sup>22</sup>.

Par ailleurs, l'expertise n'est pas un acte objectif de commerce<sup>23</sup>. Cela n'empêche pas que certains experts puissent être commerçants et être dès lors inscrits à la Banque-carrefour des entreprises. L'assujettissement à la TVA est réglé par le statut fiscal de l'expert. Si ce dernier est assujetti à la TVA en tant que commerçant ou titulaire d'une profession libérale, il doit établir une facture pour ses prestations. Si ce n'est pas le cas, parce qu'il est par exemple médecin à titre principal, il ne doit en principe pas établir de facture. La facture est établie au nom de la partie qui doit l'honorer<sup>24</sup>.

## Chapitre V. La procédure FAM<sup>25</sup>

### Section 1. Les moyens d'enquêtes postulés dans la loi sur les accidents médicaux

L'article 17 de la loi sur les accidents médicaux définit les moyens dont dispose le FAM pour examiner un dossier concret<sup>26</sup>. Il s'agit de la possibilité d'organiser (1) une expertise unilatérale en faisant appel à l'avis de praticiens professionnels spécialisés si des problèmes apparaissent quant à des questions médicales particulières (art. 17, § 1<sup>er</sup>). Le FAM peut en outre également organiser (2) une expertise contradictoire amiable et enfin, si cela s'avère souhaitable ou si la demande en est faite, le FAM procèdera à (3) l'audition des parties concernées (art. 17, § 5).

19. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken*, Reeks recht & praktijk, Mechelen, Kluwer, 2010, randnr. 22.

20. H. DECLERCQ, *Praktisch handboek inzake het deskundigenonderzoek*, Brugge, die keure, 2001, p. 41.

21. T. LYSSENS, L. NAUDTS, Y. LENDERS, "Deskundigenonderzoek – Algemeen deel", in X., *Bestendig handboek deskundigenonderzoek*, II. 1 – 1 – II.5.12, 2010, p. 41.

22. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken*, Reeks recht & praktijk, Mechelen, Kluwer, 2010, randnr. 22.

23. Art. 2 C. comm.

24. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken*, Reeks recht & praktijk, Mechelen, Kluwer, 2010, randnr. 22.

25. Loi du 31.03.2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, M.B. 02.04.2010.

26. Doc. parl., Chambre, 2009-2010, 2240/001, p. 58.

En ce qui concerne l'expertise contradictoire, l'article 17, § 2, de la loi du 31 mars 2010 stipule que :

*"À moins que la demande ne soit manifestement irrecevable ou non fondée, ou que l'ensemble des parties à la procédure y renoncent, le Fonds organise une expertise contradictoire s'il y a des indices sérieux que le dommage atteint le seuil de gravité visé à l'article 5.*

*Le Fonds désigne un expert indépendant ou, si cela se justifie, un collège d'experts.*

*Le Fonds suit le déroulement de l'expertise et veille notamment au respect de son caractère contradictoire."*

Vu que l'expertise se fera en dehors du cadre judiciaire, cette disposition indique qu'il s'agit d'une expertise amiable. Par ailleurs, il est clair qu'une expertise amiable exige de toute façon un caractère contradictoire.

En vertu de l'article 17 de cette loi, le FAM a donc la possibilité, et s'il y a des indices qu'il s'agit d'un dommage grave<sup>27</sup>, l'obligation d'organiser une expertise afin d'examiner et d'identifier précisément les causes, les circonstances et les conséquences du dommage.

Il existe deux exceptions à cette obligation, à savoir si la demande est manifestement irrecevable ou non fondée ("l'expertise serait alors inutile étant donné que les chances de succès de la demande seraient pratiquement nulles"<sup>28</sup>) et s'il s'agit d'une situation dans laquelle toutes les parties à la procédure renoncent à cette mesure d'instruction.

Par conséquent, le FAM dispose d'une certaine marge d'appréciation sur l'utilité et l'opportunité d'une expertise<sup>29</sup>.

L'expertise constitue en tout cas un élément essentiel pour l'évaluation du dommage, mais il s'agit d'une mesure d'instruction onéreuse, dont le coût sera avancé par le FAM, et au final supporté par celui-ci, sauf si la responsabilité d'un prestataire est établie<sup>30</sup>.

## Section 2. Le rôle du FAM dans l'expertise

Il va de soi que le FAM doit jouer un rôle neutre dans le cadre de l'organisation d'une expertise. En principe, le FAM n'est pas partie au litige. L'objectif de l'expertise est d'éclaircir la situation pour les parties concernées (à savoir pour le demandeur d'une indemnisation ou ses ayants droit, le(s) prestataire(s) de soins et son/ses assureur(s)). En ce qui concerne le rôle du FAM après le lancement de l'expertise, il n'y a pas encore d'uniformité. Le médecin interne du FAM peut-il poser des questions supplémentaires à l'expert désigné pendant l'expertise (ce qui reviendrait à diriger l'expertise) et faut-il lui conseiller d'assister aux séances ? Le FAM ne devient-il pas alors partie à l'expertise ou se trouve-t-il dans la même situation qu'un juge ? En effet, le FAM a tout intérêt à ce que l'expertise se déroule au mieux, étant donné qu'elle servira à donner un avis définitif aux parties concernées. L'expertise sera également le cas échéant à la base de l'évaluation de l'indemnisation pour le demandeur ou ses ayants-droit.

En tout cas, le FAM est chargé de l'organisation administrative de l'expertise et doit désigner un expert indépendant compétent dans la matière sur laquelle porte la demande. En fonction de la complexité de l'affaire, le Fonds peut également désigner un collège d'experts.

27. S. CALLENS, "De procedure voor het fonds voor de medische ongevallen", in X., *Medisch recht*, Brugge, Die keure, 2011, 15-39.

28. T. VANSWEEVELT, *De no-fault wet inzake medische ongevallen*, Leuven, Indicator, 2010, p. 73.

29. Doc. parl., Chambre, 2009-2010, 2240/006, p. 93.

30. Doc. parl., Chambre, 2009-2010, 2240/001, p. 58.

Par la suite, le FAM veille encore au caractère contradictoire de l'expertise.

Vu qu' (1) un expert indépendant est désigné et que (2) le caractère contradictoire doit être respecté, il est avancé dans l'exposé des motifs<sup>31</sup> que l'expertise amiable aura la même valeur qu'une expertise judiciaire.

Pour d'éventuels problèmes, tels que la lenteur de l'expert ou la confidentialité des documents, le législateur fait référence aux "principes généraux", tels qu'ils s'appliquent aux expertises judiciaires<sup>32</sup>.

En vertu de l'article 986 du C. jud., l'avis de l'expert n'est pas contraignant. Dans l'exposé des motifs de la loi sur les accidents médicaux, il est également fait mention du fait que "*même si l'éclairage technique donné par l'expert est important, il ne préjuge pas de l'appréciation finale qui sera faite au final par le Fonds*"<sup>33</sup>. Par conséquent, le FAM conserve, à l'instar du juge, la liberté d'avoir une appréciation différente de l'expert désigné<sup>34</sup>.

### Section 3. Le rôle de l'expert

De même qu'il n'existe pas de définition légale de l'expertise, il n'existe pas de définition pour ce qui concerne l'expert ou l'expert judiciaire. Jusqu'à présent, le titre d'expert n'est pas protégé<sup>35</sup>.

En ce qui concerne le règlement des cas de dommage corporel, il est néanmoins important de mettre en lumière le rôle fondamental de l'expert. On fait appel à lui en raison de ses connaissances professionnelles et il ne peut dès lors pas se faire remplacer : sa mission est *intuitu personae*<sup>36</sup>. L'expert constate personnellement certains faits, entend les parties, réalise un travail d'étude et procède à des examens. Il est vrai que l'expert peut faire appel à des sages<sup>37</sup>, ce qui confère une plus grande valeur scientifique au rapport médical<sup>38</sup>. Il réunit toutes ces constatations. Ses connaissances professionnelles confèrent une certaine "autorité" à ces constatations. En outre, il peut étayer scientifiquement et techniquement son avis et formuler un avis sur les causes et les conséquences.

Le rapport dans lequel l'expert doit fournir une description détaillée des capacités et dysfonctionnements fonctionnels de la victime permet au mandant d'évaluer correctement la capacité restante de la victime et d'indemniser de façon adéquate son repositionnement dans le milieu familial, social et professionnel<sup>39</sup>.

L'avis est purement technique et non juridique.

31. Doc. parl., Chambre, 2009-2010, 2240/001, p. 59.

32. Doc. parl., Chambre, 2009-2010, 2240/006, p. 123.

33. Doc. parl., Chambre, 2009-2010, 2240/001, p. 60.

34. T. VANSWEEVELT, De no-fault wet inzake medische ongevallen, Leuven, Indicator, 2010, p. 73.

35. T. LYSSENS, L. NAUDTS, Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken, Mechelen, Kluwer, 2010, 4.

36. J. LAENENS, "De medische expertise", in X., Juridische aspecten van de geneeskunde, Antwerpen, Kluwer, 1989, p. 14.

37. C.-à-d. des sous-traitants dans le cadre des marchés publics.

38. J. DE VOS, De medische expertise, Damme, Euro Books, 2008, 441.

39. J. DE VOS, De medische expertise, Damme, Euro Books, 2008, 441.

## Section 4. Le déroulement général d'une expertise médicale et l'application au FAM

En principe, un dossier doit être constitué de façon aussi complète que possible et le FAM attend des demandeurs qui postulent une indemnisation qu'ils préparent leur dossier aussi précisément que possible<sup>40</sup>. Concrètement, le FAM a la possibilité de demander à tous les prestataires de soins concernés ou à toute autre personne tous les documents et informations qui s'avèrent nécessaires pour l'appréciation du dossier<sup>41</sup>. Les prestataires de soins ou toute autre personne à l'exception du demandeur ou de ses ayants droit qui ne répondent pas dans un délai d'un mois à partir de la notification de la lettre de rappel du Fonds sont redevables de plein droit d'une indemnité forfaitaire journalière de 500 EUR avec un maximum de 30 jours, sauf en cas de force majeure<sup>42</sup>.

Étant donné que le FAM ne peut pas disposer lui-même en interne de toute l'expertise, dans un certain nombre de cas à l'intervention d'un expert externe s'avéra indispensable.

D'une part, il ne sera pas toujours possible d'avoir une compréhension suffisante d'un dossier à l'aide des pièces mises à la disposition du FAM, soit par le patient, soit par le prestataire de soins concerné. D'autre part, une enquête plus approfondie pourrait être nécessaire, en raison de la gravité de l'affaire ou parce que des doutes apparaissent quant à la responsabilité ou non du prestataire de soins concerné. Dans le premier cas, une expertise unilatérale pourrait suffire, dans le second cas, il sera décidé de procéder à une EMA.

### § 1. L'EXPERTISE UNILATÉRALE

#### • L'avis technique

Conformément à la loi sur les accidents médicaux<sup>43</sup>, le FAM peut faire appel à des praticiens professionnels spécialisés en vue d'obtenir des informations précises sur des questions médicales particulières. Concrètement, cela signifie que le FAM demande à un expert de fournir un avis purement technique dans les cas où le dossier présente des imprécisions et si un simple règlement sur la base des pièces est impossible. Par conséquent, le FAM se verra obligé de faire exécuter un examen médical par un expert afin de pouvoir évaluer l'ampleur et la gravité exactes du dommage. Cet examen peut également constituer un début de preuve et démontrer que la désignation d'un expert pour une expertise contradictoire est justifiée dans une phase ultérieure.

Au point de vue juridico-technique, ces constatations n'ont qu'un caractère unilatéral, ce qui signifie qu'elles ne sont en principe pas opposables au débiteur.

40. Art. 12 de la loi sur les accidents médicaux.

41. Art. 15 de la loi sur les accidents médicaux.

42. Art. 15 de la loi sur les accidents médicaux.

43. Art. 17, § 1<sup>er</sup>, de la loi sur les accidents médicaux.

### ◦ La valeur et la force probante d'une expertise unilatérale

On peut déduire de la jurisprudence qu'une expertise unilatérale présente tout de même une certaine force probante, si l'expertise effectuée pour le FAM est éventuellement invoquée ultérieurement par une des parties devant le juge. Elle peut donc être un instrument utile, tant pour les parties que pour le tribunal. Dans un arrêt de la Cour d'appel de Mons, il est souligné qu'un rapport unilatéral peut en principe avoir une force probante si les circonstances dans lesquelles il a été établi permettent au juge de lui donner crédit et de considérer que les intérêts de la partie à qui il est opposé ont été respectés<sup>44</sup>. Selon la Cour de cassation, la juste force probante d'un tel rapport est celle d'une présomption<sup>45</sup>. Par ailleurs, la Cour indique que le juge du fond apprécie souverainement la force probante.

## § 2. L'EXPERTISE CONTRADICTOIRE

Si un rapport unilatéral d'un expert ne suffit pas pour permettre l'appréciation, une EMA peut permettre de trouver une solution.

D'une façon générale, dès qu'un gestionnaire de dossiers constate, sur la base des premières données médicales qui lui sont communiquées par la victime et plus particulièrement par son médecin conseil, que le dommage encouru est grave et qu'il est question d'une invalidité ou d'une incapacité de travail (par exemple paralysie totale ou partielle, cécité...), il propose d'entamer une EMA dans l'intérêt de la victime. Si la victime n'est pas d'accord avec les conclusions formulées par le médecin désigné unilatéralement, cela peut constituer une autre raison pour organiser une EMA<sup>46</sup>.

Cette méthode peut être appliquée *mutatis mutandis* si l'expertise est réalisée par le FAM. Cela se fera alors en concertation avec le médecin interne. Dans le cadre de la loi sur les accidents médicaux<sup>47</sup> et comme déjà mentionné ci-dessus, on sera en outre obligé d'organiser une expertise contradictoire en cas de dommage corporel grave.

Ce sera le cas quand<sup>48</sup> :

- le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %
- le patient subit une incapacité temporaire de travail<sup>49</sup> au moins durant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois
- le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient
- le patient est décédé.

44. Mons (1<sup>re</sup> Ch.) 04.03.2002, JT 2003, 159.

45. Cass. 22.12.1983, R.W. 1984-85, 903.

46. J.BOGAERT, *Het praktisch beheer van een dossier met letselschade*, reeks "Advocaten praktijk – Burgerlijk recht", n° 31, Mechelen, Kluwer, 2008, p. 20.

47. Art. 17, § 2, de la loi sur les accidents médicaux.

48. Art. 5 de la loi sur les accidents médicaux, voir à ce sujet également l'illustration 2 dans les annexes.

49. Compte tenu du ratio leges de la loi et des Doc. parl., il a été convenu au sein du Fonds de tenir compte d'une ITT (c.-à-d. incapacité de travail temporaire) de 100 % pour apprécier la condition de l'art. 5.

Les principaux avantages de l'EMA sont l'efficacité et la limitation de la durée de la procédure, qui s'étend souvent sur quelques années dans le cadre des expertises judiciaires. En cas d'EMA, les parties ayant des intérêts opposés ont, dans un contexte de droit commun, plus d'impact sur les activités liées à l'expertise étant donné que le médecin désigné est en principe considéré comme étant mandaté par toutes les parties<sup>50</sup>, de sorte qu'un certain contrôle sur le déroulement des travaux de l'expertise est encore possible<sup>51</sup>.

Dans le cadre d'une procédure initiée conformément à la loi du 31 mars 2010, le FAM se chargera, en sa qualité d'institution neutre, de l'organisation et du suivi des travaux et sera doté d'un rôle important en ce qui concerne le déroulement efficace de la procédure et le contrôle.

## • Le protocole ou la convention

### 1. Généralités

La convention d'EMA est une "*convention sui generis*" qui ne peut pas être confondue avec la convention d'arbitrage<sup>52</sup>, ni avec la transaction<sup>53</sup>. La convention trouve sa force contraignante à l'article 1184 du C. civ.<sup>54</sup>, et tient en outre lieu de loi aux parties, en application de l'article 1134, alinéa 1<sup>er</sup>, du C. civ.<sup>55</sup>

Il est important de savoir que, si des parties souhaitent que l'intervention de l'expert aboutisse à un accord global assorti d'obligations réciproques, il faut être suffisamment attentif au contenu de la convention<sup>56</sup>. Il ne s'agit en effet pas d'une décision du juge ou de l'expert à laquelle les parties sont liées. Il s'agit de leur propre convention à laquelle s'applique le droit général des obligations. Si ensuite une procédure doit quand même être lancée parce que le contenu du rapport est imprécis, incomplet ou inexécutable, tous les avantages du règlement amiable sont perdus<sup>57</sup>.

Les parties concernées veilleront donc à ce que les termes de cette convention ne leur soient pas défavorables. Elles participent en principe à la définition de la mission de l'expert. Cette définition est bien évidemment importante, non seulement en ce qui concerne le contenu, mais aussi en ce qui concerne son ampleur exacte. En général, les parties déterminent également le déroulement ou les modalités de l'expertise<sup>58</sup>. Bien que les règles du Code judiciaire ne soient pas d'application, les parties concernées peuvent contester le caractère contradictoire de l'expertise si l'expert ne respecte pas les règles en matière de contradiction<sup>59</sup>. En outre, rien n'empêche les parties de convenir que l'expertise amiable se déroule conformément aux règles du Code judiciaire.

50. Attention, malgré le mandat, ils sont tenus de remplir un rôle objectif, voir à ce sujet P. LURQUIN, *L'expertise médicale*, Bruxelles, Bruylant, 1989, p. 15 e.s.

51. J. BOGAERT, *Het praktisch beheer van een dossier met letselschade*, reeks "Advocaten praktijk – Burgerlijk recht", n° 31, Mechelen, Kluwer, 2008, p. 22.

52. Anvers (2e Ch.) n° 2004/AR/2921, 18.01.2006, 16.

53. Mechelen 22.10.1993, *verkeersrecht* 1994, 7.

54. J. SCHRIJVERS, "de minnelijke medische expertise", *Verkeersrecht*, 1992, p. 32.

55. Pol. Bruges (8e Ch.) 27.09.2005, R.W. 2007-2008, nr. 20 835.

56. J. DE VOS, *No fault & aansprakelijkheid*, Damme, Euro Books, 2009, p. 152 e.s..

57. T. LYSSENS & N. NAUDTS, "Deskundige. Verzoener. Bemiddelaar of arbiter", *NjW* 2010, 222, p. 343.

58. T. LYSSENS & L. NAUDTS, "Tegensprekelijk minnelijk deskundigenonderzoek", in X., *Bestendig handboek deskundigenonderzoek*, bijgewerkt tot 30.06.2010, II.3 – 1, pp. 45-46.

59. Liège, 21.10.1983, RGAR 1984, n° 10.831.

## 2. En ce qui concerne le FAM

Dans le cadre d'une procédure devant le FAM, la convention est conclue entre le Fonds et l'expert. Toutefois, compte tenu du fait qu'il s'agit d'une procédure contradictoire, les parties concernées par l'expertise, telles que le demandeur et/ou ses ayants droit, le(s) prestataire(s) de soins et le(s) assureur(s), ont eux aussi le droit de formuler leurs remarques sur le contenu de la mission. Dans le cadre de la mission et de l'expertise, les parties susmentionnées ont en outre la possibilité d'être "entendues"<sup>60</sup>.

Dans tous les cas, la convention désignant un expert devra régler *grosso modo* quatre éléments<sup>61</sup> :

- a. Le choix de l'expert
- b. La mission de l'expert
- c. Les modalités de l'expertise
- d. Le caractère contraignant des conclusions de l'expertise (rapport).

### a. Le choix de l'expert

La manière dont l'expert est choisi n'a pas de conséquences sur le caractère amiable.

### 1. Généralités

La désignation de l'expert privé dans le cadre d'une procédure amiable peut s'opérer de deux manières différentes :

Soit, les deux parties désignent chacun un médecin. Il est important que l'expert puisse agir en toute indépendance vis-à-vis de la partie qui l'a désigné. Le but est que les deux experts arrivent à un accord. Si les deux experts ne parviennent pas à se mettre d'accord, ils doivent, avant d'entamer leur mission, désigner un troisième expert, les trois parties agissant en collège. L'inconvénient d'une telle procédure est que l'expertise se déroulera plus lentement et plus difficilement et que les frais y afférents seront sensiblement plus élevés. Le statut des experts directement désignés par les parties est assez imprécis. Ces derniers se limitent bien souvent à défendre le point de vue de leur propre partie. La décision revient finalement au troisième expert<sup>62</sup>. S'ils n'arrivent pas à se mettre d'accord sur le choix de cet expert, ce dernier sera désigné par le tribunal.

Soit, les parties sont unanimes et un expert indépendant est immédiatement désigné. De sorte que les parties se trouvent dans une situation pratiquement semblable à celle d'une expertise judiciaire. Les deux parties peuvent convenir librement de se faire assister par un médecin de leur choix<sup>63</sup>.

60. Art. 17, § 5, de la loi sur les accidents médicaux.

61. T. LYSSENS & L. NAUDTS, "Tegensprekelijk minnelijk deskundigenonderzoek", in X., Bestendig handboek deskundigenonderzoek, mis à jour jusqu'au 30.06.2010, II.3 – 1, pp. 45-46.

62. H. DECLERCQ, Praktisch handboek inzake het deskundigenonderzoek, die keure, 2001, p. 41.

63. Voir à ce sujet : RB. de Bruxelles du 23.02.1996, verkeersrecht 1997, 26.

## 2. En ce qui concerne le FAM

Conformément à la loi sur les accidents médicaux, le FAM doit se charger de l'organisation de l'expertise et désigner un expert indépendant<sup>64</sup>. Nous nous trouvons donc dans une situation semblable à celle d'une expertise judiciaire puisque ce ne sont pas les parties elles-mêmes qui ont désigné un médecin ou expert mais bien le FAM en tant qu'institution neutre.

Précisons, de manière générale, qu'en cas de dommages encourus à la suite d'une éventuelle erreur ou négligence d'un médecin, il est souhaitable de désigner un collège de trois médecins. Cela demande certes plus de temps et d'argent. La pratique devra démontrer si une telle chose est également souhaitable pour le FAM. Selon moi, une autre approche est possible, étant donné que ce ne sont pas les parties elles-mêmes qui désignent l'expert, mais bien le FAM qui est supposé intervenir en toute neutralité. Un collège sera certes nécessaire dans certains cas, par exemple dans le cadre d'une participation multidisciplinaire et dans des cas extrêmement complexes. Afin de réduire les coûts et de gagner du temps, il me semble en l'occurrence conseillé de faire appel à des "sous-traitants ou sapiteurs" qui assisteront l'expert désigné.

S'il est fait appel à un expert qui n'est pas médecin, comme par exemple un ergothérapeute (pour apprécier l'utilisation de dispositifs d'assistance), un pharmacien ou un ingénieur (pour le calcul de la résistance du matériel orthopédique), le médecin effectuera tout d'abord une mise au point médicale à la suite de laquelle il communiquera, tout en observant les règles déontologiques du secret professionnel, tous les renseignements à l'expert qui n'est pas médecin, afin que ce dernier puisse contribuer davantage à l'expertise dans les circonstances les plus favorables.

### b. La mission de l'expert

Résumée de façon synthétique, la mission de l'expert consiste à déterminer la situation pathologique et l'état antérieur, à décrire également les conséquences de l'accident, à déterminer l'incapacité provisoire et permanente ainsi que le dommage esthétique. Dans le cadre d'une expertise contradictoire devant le FAM, l'expert ne devra pas uniquement se pencher sur la gravité et l'ampleur du dommage mais également sur les aspects suivants : responsabilité civile, accident médical sans responsabilité, complications, etc.

Au niveau du contenu, la mission des médecins désignés dans le cadre d'une expertise amiable ne diffère pas de la mission de l'expert au niveau judiciaire<sup>65</sup>. La mission est généralement formulée de manière analogue<sup>66</sup>.

C'est pourquoi :

- "les parties concernées doivent être présentes personnellement ou être représentées par des personnes autorisées à ester en justice
- la convention doit être datée et signée, et établie en autant d'exemplaires que de parties ayant un intérêt distinct
- la mission doit être définie précisément, avec la possibilité de la compléter si cela s'avère nécessaire au cours de l'expertise
- les obligations réciproques doivent être bien définies
- les normes et critères pour l'exécution de la mission de l'expert doivent être suffisamment définis

64. Art. 17 de la loi sur les accidents médicaux.

65. P. MEESEN, "Minnelijke of gerechtelijke expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze", R.W. 1997-1998, p. 940.

66. J. TRICOT, "Een minnelijke medische expertise betreffende een cervicaal syndroom, Medi-ius 1995, afl. 1, p. 16.  
ibid.

- des délais pour les examens et la remise des rapports sont fixés en mentionnant l'éventuel remplacement des experts si ces délais ne sont pas respectés, et les délais convenus doivent être définis précisément au moyen d'une date de début et d'une date de fin
- des sanctions doivent être prévues en cas de non-exécution
- il doit être convenu d'un contrôle portant sur l'exécution correcte de la mission
- les règles en matière de frais doivent être définies précisément ainsi que les honoraires de l'expert et de tiers éventuels
- la date de dépôt du rapport doit être mentionnée<sup>67</sup>.

Une clause générale telle que "fournir tous les renseignements utiles ou répondre à toutes les questions des parties concernées" donne à l'expert la possibilité d'émettre un avis sur les éventuels problèmes rencontrés au début par les parties<sup>68</sup>.

La mission reste toutefois une mission consultative et les experts doivent s'en tenir à leur mission.

### c. Les modalités ou le déroulement de la mission dans le cadre d'une expertise amiable

L'expert est informé de la mission dans un courrier décrivant précisément la nature de celle-ci. Il est lié à la mission et ne peut donner aucun renseignement ni répondre à aucune question en dehors du cadre de sa mission. L'expert vérifie évidemment s'il peut accepter la mission tant au niveau de son contenu qu'au niveau des délais<sup>69</sup>.

Lorsqu'un expert s'estime inapte à évaluer un problème déterminé, il n'acceptera pas la mission ou devra se faire récuser. Il doit en tout cas se faire récuser s'il est connu d'une des parties concernées ou s'il a traité lui-même la victime, étant donné qu'il ne peut plus intervenir en qualité d'expert impartial<sup>70</sup>.

Si l'expert est désigné par le FAM et accepte la mission, les parties concernées (telles que le demandeur, le prestataire de soins, l'assureur...) pourront prendre connaissance de la mission et formuler leurs remarques. Ils peuvent également récuser l'expert. En principe, les parties en sont informées par lettre recommandée, leurs avocats et les médecins conseils par courrier ordinaire.

L'expert est supposé fixer la date de la première séance dans les huit jours qui suivent l'acceptation de la mission. Les parties attendent concrètement de l'expert qu'une première séance ait lieu dans les six semaines. Tout dépend bien évidemment de la disponibilité des médecins conseils ou des avocats par exemple, qui peuvent accompagner les parties. L'expert désigné par le FAM doit par conséquent établir un calendrier précis et réaliste pour l'ensemble des parties.

La partie soumise à l'expertise doit produire un maximum d'attestations ainsi que tous les documents issus d'examens antérieurs, de préférence avant la première séance. Il est en outre important que l'expert puisse disposer lui-même des documents et pas uniquement de l'interprétation qui y en a été donnée. Ce principe vaut pour tout type d'expertise. Dans le cas d'une procédure au FAM, le demandeur transmettra, dès la demande de dédommagement, toutes les pièces au FAM, conformément à l'article 12 de la loi sur les accidents médicaux. Si nécessaire, le gestionnaire du dossier demandera ensuite au(x) prestataire(s) concerné(s) de lui fournir des pièces du dossier médical afin que l'expert désigné puisse disposer d'un dossier le plus complet possible.

Des documents supplémentaires peuvent être demandés lors d'une première séance.

67. T. LYSSENS & N. NAUDTS, "Deskundige. Verzoener, bemiddelaar of arbiter", NJW 2010, 222, p. 343.

68. Ibid p. 341.

69. J. De Vos, *De medische expertise*, Damme, Euro Books, 2008, 283.

70. Ibid.

Si possible, la victime est interrogée sur ses antécédents médicaux, chirurgicaux et traumatologiques, sur sa situation socioéconomique, ses activités sportives, ses loisirs, sa situation sociale et sa vie sociale<sup>71</sup>.

Les autres parties sont également interrogées. L'expert s'informe des indications, du traitement, du suivi pré-, pre- et postopératoire, sur le plan tant médical qu'infirmier<sup>72</sup>.

L'expert procède ensuite à l'étude des documents mis à sa disposition qui orienteront ensuite sa mission. Si nécessaire, il peut également demander des examens spécialisés qu'il juge nécessaires à l'évaluation du dommage subi<sup>73</sup>.

Une deuxième partie de la mission comprend (éventuellement) un examen corporel de la victime, qui ne peut évidemment avoir lieu qu'en présence de médecins.

D'autres examens spécialisés peuvent ensuite être demandés, dont le résultat sera joint au rapport<sup>74</sup>. Dans la majorité des cas, la convention permet de mandater l'expert pour que des examens techniques soient réalisés si nécessaire ou pour faire appel à des spécialistes de son choix. Dans le cas d'une procédure devant le FAM également, cette possibilité est prévue sous la forme d'une *sous-traitance*. Certes, l'expert ne peut se contenter de reprendre telles quelles les conclusions d'un spécialiste qu'il a consulté. Il doit émettre un avis personnel. Cet avis peut évidemment être identique à celui du spécialiste consulté. S'il est fait appel à l'intervention d'un spécialiste, l'examen doit également être réalisé selon une procédure contradictoire. En général, il est rare qu'un médecin conseil souhaite être présent lors de ce type d'examen. C'est finalement l'expert lui-même qui doit évaluer le résultat de cet examen et l'intégrer dans son rapport.

Des séances supplémentaires peuvent en outre être organisées afin de demander des compléments d'informations, soit à la victime, soit aux autres parties concernées.

L'expert établit un rapport (préliminaire) dans lequel il consigne toutes ses constatations en ordre chronologique et il y ajoute tous les documents sur lesquels il s'appuiera pour formuler ses conclusions. Il transmet, dans les trois semaines qui suivent la première séance, le rapport (préliminaire) à toutes les parties concernées, y compris le FAM. Dans les trois semaines qui suivent, les parties peuvent formuler par écrit leurs remarques et questions et les transmettre à l'expert qui est tenu d'y répondre<sup>75</sup>.

Une réunion de discussion entre parties peut ensuite être prévue. Il est toutefois conseillé de limiter au maximum le nombre de séances.

Après 2 semaines, un rapport final est établi reprenant les conclusions de l'expert. Celui-ci doit répondre à toutes les questions de la mission ainsi qu'aux questions posées par les parties.

#### **d. Le caractère contraignant de la convention dans le cadre d'une expertise contradictoire amiable**

##### *1. En général*

En principe, la jurisprudence accepte un protocole ou une convention signé(e) par une victime ou une compagnie comme étant un document juridiquement valable entre les deux parties. Autrefois, les assureurs convenaient que les conclusions des médecins conseils revêtaient un caractère irrévocable.

71. J. De Vos, *De medische expertise*, Damme, Euro Books, 2008, 283.

72. *Ibid.*

73. *Ibid.*, p. 284.

74. *Ibid.*, p. 283.

75. J. De Vos, *De medische expertise*, Damme, Euro Books, 2008, 283.

Les autres parties n'étaient par conséquent pas très enclines à signer pareille convention de sorte que cette dernière comprenait de plus en plus de dispositions, conférant aux conclusions de l'EMA la même valeur qu'une expertise médicale judiciaire.

Une EMA a une valeur probante importante<sup>76</sup>, même si rien d'explicite à ce sujet n'a été convenu. Les parties sont tenues aux constatations de fait qui leur sont opposables. L'expert n'en a bien sûr pas besoin pour tirer ses conclusions<sup>77</sup>. La valeur probante doit en outre être identique à celle d'une expertise judiciaire. Il s'agit donc d'un moyen de preuve pour le juge qui n'est toutefois pas tenu par son contenu<sup>78</sup>. Elle se situe au même niveau que d'autres moyens de preuve comme les écrits et les témoins<sup>79</sup>.

La valeur probante peut varier selon la convention préalable établie entre parties. C'est pourquoi il convient d'avoir au préalable des accords clairs sur les conséquences liées au rapport. S'il est convenu, lors de l'expertise, de considérer le rapport comme contraignant, le tribunal ne peut ordonner de nouvelle expertise ayant le même objet<sup>80</sup>. Il faut en outre prêter une grande attention à la description de la mission pour éviter qu'il s'agisse en fait d'une convention d'"arbitrage". Le rapport de l'expert peut être considéré comme une décision contraignante d'un tiers sur base de l'article 1134 du Code civil<sup>81</sup>. Les EMA contiennent encore souvent des clauses de non-révocabilité.

Conformément à la doctrine, il convient de distinguer trois hypothèses dans le cadre de la convention<sup>82</sup> :

#### a. L'expertise amiable sans définition claire du caractère contraignant

Cela signifie qu'il s'agit d'un moyen de preuve contradictoire, dont le contenu ne peut être méconnu mais dont les conclusions ne sont contraignantes ni pour le juge ni pour les parties<sup>83</sup>. Rien de spécifique n'a donc été convenu dans la convention d'expertise amiable.

#### b. L'expertise irrévocable

Lorsqu'une clause est reprise dans la convention, obligeant les parties à accepter le résultat de l'expertise de manière définitive, cela signifie que ladite décision tient lieu de loi pour les parties<sup>84</sup>. Une telle clause doit être convenue de manière expresse.

Le rapport d'une telle expertise irrévocable peut parfois être contesté devant le tribunal<sup>85</sup>, par exemple lorsque les droits de la défense n'ont pas été respectés<sup>86</sup>.

Compte tenu du fait que le rapport de l'expert doit être considéré comme une "décision contraignante d'un tiers" sur la base de l'article 1134 du Code civil, le juge est toutefois lié par la clause<sup>87</sup>. Il ne peut seulement ordonner une expertise judiciaire que lorsqu'il constate la nullité de la convention.

76. *Corr. de Gand*, 13.01.2011, *T. Pol.* 2012, afl. 1, 34-40.

77. Y. VERMYLEN, M. BRAEM, "Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken [de tandarts als deskundige]", in X, *Tandarts en recht. Een inleiding tot het recht voor tandartsen*, p. 320; T. LYSSENS & N. NAUDTS, "Deskundige. Verzoener, bemiddelaar of arbiter", *NjW* 2010, 222, p. 343. *Ibid.* p. 341.

78. *Gand* (2<sup>e</sup> ch.), le 26.06.2008, *T. Gez.* 2009-2010, afl. 4, 239.

79. T. LYSSENS, L. NAUDTS, "Tegensprekelijk minnelijk deskundigenonderzoek" in X, *Bestendig handboek deskundigenonderzoek*, mis à jour jusqu'au 30.06.2010, II.3 – 1, p. 47.

80. *Mons*, 31.10.1985, *De Verz.* 1985, 789.

81. M. STORME, "De bindende derdenbeslissing of het bindend advies als middel ter voorkoming van gedingen", *TPR*, 1984, 1243 e.s.

82. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken, Reeks recht & praktijk*, Mechelen, Kluwer, 2010, 11-14; T. LYSSENS, L. NAUDTS, "Tegensprekelijk minnelijk deskundigenonderzoek", in X., *Bestendig handboek deskundigenonderzoek*, mis à jour jusqu'au 30.06.2010, II.3 – 1, p. 48.

83. *Ibid.*

84. K. VANDERPER, "De minnelijke expertise", in IUS (Interuniversitaire studenten reeks), expertise, Antwerpen, kluwer, 1987, expertise, 1987, p. 58.

85. *Pol. Brugge* (8<sup>e</sup> ch.) 27.09.2005, *R.W.* 2007-2008, n° 20, 835.

86. *Liège*, 19.11.1981, *RGAR* 1983, n° 10612.

87. *Cass.* 24.10.1990, *Bull. Ass.* 1991, 391; voir également B. DE TEMMERMAN, "De minnelijke medische expertise; een bindende derdenbeslissing. Maar wat is een bindende derdenbeslissing?", *AJT*, 1994-1995, p. 41.

Attention, le fait que l'état de la victime s'est détérioré ou qu'un autre examen révèle une invalidité supérieure, ne signifie pas que la convention soit nulle et ne suffit dès lors pas pour ordonner une expertise judiciaire.

Une telle clause a donc une portée extrême et est en outre dangereuse. Les victimes n'en sont bien souvent pas conscientes.

### c. L'expertise amiable ayant valeur d'expertise judiciaire

Si les parties conviennent que l'EMA a la valeur d'une expertise judiciaire, ils s'engagent à faire examiner, de manière contradictoire, un point incertain dans leur relation juridique. Le fait de ne pas y associer de valeur probante n'aurait par conséquent pas de sens<sup>88</sup>.

Le tribunal est en outre tenu de respecter ce principe et de pondérer sa valeur par rapport aux autres éléments de preuve. Cela signifie que le pouvoir d'appréciation souverain du juge reste intact mais qu'il ne peut pas nuire à la force probante du rapport. Toutefois, l'expertise peut à tout moment être contestée<sup>89</sup>, ce qui fait qu'un expert peut à nouveau être désigné par le juge compétent.

## 2. En ce qui concerne le FAM

Compte tenu de l'exposé susmentionné, il est indiqué et particulièrement important pour le Fonds que l'expertise amiable se voit explicitement accorder la valeur d'expertise judiciaire et que cela soit stipulé dans la convention. Soit on renvoie au règlement de l'expertise telle que stipulé dans le Code judiciaire, soit on décrit – plutôt par analogie avec ce Code – quelles formalités les experts doivent respecter comme la convocation des parties, le respect du caractère contradictoire, la motivation du rapport, le dépôt d'un rapport préliminaire, etc.<sup>90</sup>. Même si la convention entre parties ne prévoit rien concernant certains aspects, il y a des principes généraux du droit qui doivent être respectés, comme les droits de la défense, la validité de la convention, etc.<sup>91</sup>

Comme déjà signalé ci-dessus, il est clair que même si les éclaircissements apportés sur le plan technique par l'expert sont importants, ils ne peuvent toutefois préjuger de l'appréciation donnée *in fine* par le FAM en l'occurrence. Ce principe vaut également lorsque l'expertise réalisée au niveau du FAM est ensuite révoquée devant le juge par l'une des parties. Il va de soi que le juge conserve pleinement sa liberté d'appréciation<sup>92</sup>.

### • La récusation

#### a. L'objectif

Tant le patient que le prestataire de soins et/ou son assureur, peut exiger une récusation dans le cadre d'une procédure devant le FAM, conformément à la loi relative aux accidents médicaux afin de garantir l'indépendance et l'impartialité de l'expert<sup>93</sup>.

S'il est procédé à l'organisation d'une EMA, le FAM désigne en principe un expert indépendant ou un collège d'experts. Le fait que les experts, chargés de l'expertise médicale, doivent opérer en toute indépendance, est d'une importance capitale en vue d'une évaluation objective du dommage<sup>94</sup>.

88. T. LYSSENS & N. NAUDTS, "Deskundige. Verzoener, bemiddelaar of arbiter", NJW 2010, 222, p. 342.

89. Liège, 23.01.1995, Bull. Ass. 1998, 495 : dans lequel le tribunal de première instance estime que le rapport contient de sérieuses contradictions.

90. K. VANDERPER, "De minnelijke medische expertise", In IUS, Interuniversitaire studenten reeks, expertise, Antwerpen, Kluwer, 1987, expertise, 1987, p. 59.

91. Ibid.

92. Documents parlementaires, Chambre, 2009-2010, 2240/001, p. 60.

93. Art. 17, § 3, de la loi sur les accidents médicaux.

94. P. MEESEN, "Minnelijke of gerechtelijke expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze!", R.W. 1997-1998, p. 941.

Conformément à la doctrine, un expert doit refuser une mission pour les mêmes raisons que celles invoquées qui pourraient être dans le cas d'une expertise judiciaire, entre autres lorsqu'il y a un motif de récusation<sup>95</sup>.

Dans le cadre d'une expertise unilatérale, il est, par définition, question de partialité étant donné qu'un seul expert a participé à l'expertise. Toutefois, dans le cas du FAM, il convient de nuancer ces propos étant donné que le dernier n'est en principe pas partie au litige. L'expert doit en outre accepter et accomplir une telle mission avec la prudence qui s'impose. L'expertise ne peut pas donner lieu à des conclusions erronées. Selon le Code de déontologie médicale, l'impartialité du médecin conseil est garantie par son "indépendance professionnelle" à laquelle il est tenu à tout moment<sup>96</sup>.

#### *b. Le déroulement de la procédure*

Les dispositions relatives à la récusation sont inspirées des dispositions du Code judiciaire<sup>97</sup>, articles 966 et suivants.

Un expert désigné par le FAM doit spontanément se déclarer incompetent pour motif de récusation, car, par analogie avec l'article 967 du Code judiciaire : *"Tout expert qui saura cause de récusation en sa personne est tenu de la déclarer immédiatement aux parties et de se déporter si elles ne l'en dispensent"*.

Si l'expert concerné ne le fait pas de manière spontanée, une partie peut adresser une demande de récusation motivée au FAM et ce, sous peine d'échéance, dans les quinze jours, à compter de la date à laquelle la partie a pris connaissance du motif de récusation.

Le FAM enverra (immédiatement) un courrier recommandé à l'expert et aux autres parties et demandera de formuler leurs remarques concernant la récusation dans le délai de quinze jours. L'expert doit faire savoir s'il accepte ou conteste la récusation. Le FAM accepte la récusation si l'expert l'accepte ou s'il garde le silence.

En cas d'accord sur la désignation de l'expert, l'article 968 du Code judiciaire prévoit que ce dernier ne peut être récusé que pour des causes survenues ou connues depuis sa désignation.

Après que l'expert ait entamé sa mission ou après la première réunion, la récusation n'est plus permise, par analogie avec l'article 969 du Code judiciaire, à moins que la partie concernée n'ait été informée que par après du motif de récusation qui pourrait être invoqué.

Si l'expert conteste sa récusation, le FAM prendra une décision motivée afin de garder ou de récusé l'expert. La pratique montrera dans quels cas (selon moi exceptionnels), le FAM peut garder un expert récusé.

Enfin, le FAM désignera immédiatement un autre expert si le Fonds accepte la récusation.

#### *c. L'indépendance de l'expert et l'Ordre des médecins*

Selon un avis de l'Ordre des médecins du 12 avril 2003, *"tout médecin chargé d'une expertise, qu'elle soit judiciaire ou amiable, contradictoire ou unilatérale, doit être indépendant et impartial dans l'accomplissement de sa mission, ces qualités étant inhérentes à toute expertise quelle qu'elle soit"*.

*"Ces notions d'indépendance et d'impartialité signifient que l'expert doit être totalement indépendant des parties au litige et n'avoir aucun lien avec le litige dans lequel l'expertise est ordonnée"*.

95. A. CLOQUET, Deskundigenonderzoek in zaken van privaatrecht, in APR, Gent, Story-Scientia, 1988, n° 65, p. 26.

96. Art. 199 et 122 du code de déontologie.

97. Pièces parl., Chambre, 2009-2010, 2240/001, p. 60.

*“Dans un sens plus large, indépendance et impartialité signifient en outre que l’expert doit accomplir sa mission en toute objectivité, sans être influencé par quelque pression que ce soit, comme celle d’une autorité, d’une corporation, de l’opinion publique, ni par la recherche d’un intérêt personnel, comme par exemple la volonté de plaire à un juge, à un avocat ou à une partie dans l’espoir d’obtenir d’autres missions, ni par des convictions philosophiques, religieuses, politiques, culturelles, linguistiques ou autres”.*

L’article 119 du Code de déontologie médicale dispose pour sa part, de manière très générale, que le médecin chargé d’une expertise *“est soumis aux dispositions du présent Code et ne peut accepter de mission opposée à l’éthique médicale”.*

*“Il résulte de ce qui précède que lorsque l’expert n’a pas de lien personnel ou direct avec une partie au litige, il convient d’examiner au cas par cas s’il dispose de l’indépendance nécessaire pour accomplir sa mission”.*

*“Ainsi, du seul fait qu’un expert intervienne comme conseiller d’un médecin ou d’une compagnie d’assurances dans un ou plusieurs autres litiges semblables à celui faisant l’objet de l’expertise (dont il est chargé), ne peut se déduire nécessairement qu’il ne dispose pas de l’indépendance ou de l’impartialité requises pour l’accomplissement de sa mission”.*

*“Délicate est la question du lien économique qui peut exister entre un expert et une partie importante pourvoyeuse d’expertises puisqu’il peut représenter un pourcentage non négligeable des rentrées de cet expert. Celui-ci pourrait ainsi se trouver dans une situation de conflit d’intérêts”.*

#### • Les garanties du contradictoire

Conformément à la présente loi et aux documents parlementaires<sup>98</sup>, le FAM doit veiller au bon déroulement de l’expertise et à son caractère contradictoire de sorte que l’expertise en question peut se voir attribuer la valeur d’une expertise judiciaire.

Bien que les règles du Code judiciaire ne s’appliquent pas à une EMA, les parties peuvent s’y opposer si l’expert ne respecte pas les règles de la procédure contradictoire<sup>99</sup>. Le caractère contradictoire doit par conséquent être respecté dans toutes les opérations d’expertise. Il s’agit d’un aspect important et spécifique de la mission.

Un certain nombre de règles élémentaires doivent être respectées, comme l’obligation de motivation, le droit des parties d’être présentes lors des travaux d’expertise, le droit de réponse des parties, etc.<sup>100</sup>

Pour le reste, la règle est assez simple : l’expert n’accomplit pas d’actes et ne consigne aucun propos si toutes les parties ne sont pas présentes ou régulièrement invitées à être présentes. Il est par exemple délicat pour l’expert de discuter séparément avec un patient ou un prestataire (dans le couloir) avant ou après une séance étant donné qu’il est essentiel que les parties n’aient pas de raison de douter de son impartialité et du caractère contradictoire de l’expertise.

C’est pourquoi des accords clairs doivent être établis lors de la première réunion concernant les formalités de convocation aux autres séances. Les parties peuvent ainsi se déclarer disposées à ne pas être présentes lors des séances mais elles expriment néanmoins le souhait d’être informées de tout déplacement de l’expert.

98. Pièces parlementaires, Chambre, 2009-2010, 2240/001, p. 59.

99. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken*, Mechelen, Kluwer, 2010, 10.

100. P. MEESEN, “Minnelijke of gerechtelijke expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze”, R.W. 1997-1998, p. 941.

## ◦ Le rapport

### a. La forme

Il n'y a pas de prescriptions impératives concernant la forme, la présentation ou la structure du rapport que rédige l'expert, mais en principe, ce rapport comporte trois parties : (1) les constatations, (2) la motivation et (3) la conclusion.

Cette structure est valable tant pour le rapport préliminaire que pour le rapport final.

En ce qui concerne la motivation de ce type d'expertise, les avis divergent. Selon les auteurs LYSENS et NAUDTS, l'absence de motivation n'entraînerait pas la nullité du rapport. L'absence de motivation influence uniquement la valeur probante<sup>101</sup>, au cas où l'expertise est contestée devant le tribunal.

### b. Le contenu

Bien que le rapport ne soit subordonné à aucune condition formelle stricte, il doit néanmoins contenir les données suivantes :

- "le nom de l'expert
- l'identité des parties et de leurs conseils
- la mission
- l'aperçu des travaux
- l'inventaire des pièces communiquées
- les constatations proprement dites
- les remarques formulées par les parties
- les conclusions
- la date
- la signature de l'expert
- l'état de frais et honoraires."

Qu'il s'agisse d'un rapport unilatéral, d'un rapport d'une EMA ou d'un rapport d'une expertise judiciaire, les mêmes types de constatations y sont toujours mentionnés<sup>102</sup>. Ces constatations portent sur :

- "la gravité et la description des dommages subis ainsi que les causes (par exemple complications)
- l'existence d'une situation médicale préalable à l'accident ou d'une prédisposition
- l'évolution des dommages subis à la suite de "l'accident" ou la situation préexistante aggravée par "l'accident"
- la description du traitement appliqué"<sup>103</sup>.

Si les critères de la loi sont respectés<sup>104</sup>, une réparation totale du dommage sera indispensable et ce, conformément au droit commun. Par conséquent, l'expert doit donner son avis concernant l'ampleur de tous les dommages corporels et psychiques afin que le gestionnaire du dossier puisse en chiffrer le montant, généralement sur la base du tableau indicatif (= recommandation faite par des juges de paix et de police et des magistrats du tribunal de première instance).

101. T. LYSENS et L. NAUDTS, "Tegensprekelijk minnelijk deskundigenonderzoek", in X., Bestendig handboek deskundigenonderzoek, mis à jour jusqu'au 30.06.2010, II.3 – 1, p. 47.

102. J. BOGAERT, Het praktisch beheer van een dossier met letselschade, reeks "Advocaten praktijk – Burgerlijk recht", n° 31, Mechelen, Kluwer, 2008, p. 16.

103. Ibid.

104. Art. 4 et 5 de la loi sur les accidents médicaux.

Dans le contexte du droit commun et dans le cadre de la loi sur les accidents médicaux, il est important d'analyser les notions d'"invalidité" et d'"incapacité de travail". La notion d'"invalidité" est aujourd'hui remplacée par le concept d'"incapacité personnelle" qui signifie, dans ce contexte, une diminution de l'intégrité physique et psychique de la victime, indépendamment de son impact sur ses activités lucratives.

Pour estimer financièrement l'incapacité personnelle, il est régulièrement fait référence aux échelles d'invalidité dont le BOBI<sup>105</sup> est toujours la plus usitée. Dans le cas du FAM, le législateur lui permet d'opter pour les échelles existantes ou de développer lui-même progressivement sa propre échelle sur la base de l'expérience acquise en la matière<sup>106</sup>. Pour l'instant, il a été convenu au sein du FAM *"d'utiliser l'échelle la plus adéquate selon chaque cas individuel. Toutes les échelles peuvent être utilisées moyennant une motivation adéquate et une application cohérente pour des catégories de dommages comparables. Éventuellement, le Fonds pourra à l'avenir, sur la base de l'expérience acquise, développer son propre cadre de référence."*

L'"incapacité de travail", ou ce qu'on appelle aujourd'hui dans le tableau indicatif l'"incapacité économique", présuppose un impact économique de l'incapacité personnelle sur la possibilité, pour la victime, d'exercer un travail économiquement appréciable, compte tenu de ses qualifications et de son environnement économique et social. L'impact économique renvoie non seulement au travail rémunéré mais aussi au travail non rémunéré tel que le travail ménager. Dans le tableau indicatif, ce concept est aujourd'hui appelé "incapacité ménagère".

Dans le rapport, cela s'exprimera généralement comme suit :

- "déterminer les périodes et degrés d'incapacité temporaire
- déterminer la date de consolidation
- déterminer le degré d'incapacité permanente"<sup>107</sup>.

En y ajoutant éventuellement ce qui suit :

- "l'impact des lésions pendant l'incapacité de travail temporaire et permanente ou de l'incapacité personnelle permanente sur les activités ménagères et sociales
- définir les dommages esthétiques
- et fournir éventuellement tous les autres renseignements en la matière"<sup>108</sup>.

Par date de consolidation il faut entendre : "le moment où aucun traitement n'est plus nécessaire ou le moment où on ne prévoit plus d'évolution des lésions".

Pour l'évaluation financière des dommages, il est nécessaire d'analyser d'abord les limitations anatomiques ou fonctionnelles causées avant d'en fixer le pourcentage. Outre l'évaluation financière d'un handicap, il faut, pour la consolidation, également tenir compte d'un certain nombre d'autres facteurs, à savoir<sup>109</sup> :

- "les frais d'un traitement d'entretien permanent, régulier ou intermittent qui est nécessaire pour éviter des complications et conserver l'état fonctionnel. Par exemple : médication, soins de plaies, kinésithérapie et surveillance médicale par le médecin
- la nécessité de porter des prothèses ou des orthèses dont il faut prendre en considération le coût, les frais d'entretien et la périodicité de remplacement
- les dispositions à prendre pour permettre davantage d'autonomie ou permettre une meilleure réinsertion familiale et sociale. Par exemple : aménagements du logement

105. Barème officiel belge des invalidités.

106. Doc. parl. de la Chambre, 2009-2010, 2240/001, p. 38.

107. J. DE VOS, No fault & aansprakelijkheid, Damme, Euro books 2009, p. 156.

108. Ibid.

109. Ibid, p. 157.

- la description du dommage esthétique où, selon la gravité, il est fait usage d'une évaluation en sept degrés. Par exemple : taille et apparence des cicatrices, claudication, utilisation obligatoire de béquilles
- le dommage moral doit également être décrit en sept degrés. Par exemple : incidence de la perte sensorielle empêchant la victime d'admirer des peintures, impossibilité d'exercer des hobbies
- le "pretium doloris"<sup>110</sup> qui peut parfois être permanent
- le degré de nécessité d'une aide de tiers, qui doit être défini et éventuellement exprimé en un nombre d'heures par jour<sup>111</sup>.

En ce qui concerne l'expertise judiciaire, on connaît le principe général de la libre appréciation du juge. Cela signifie que le juge conserve sa liberté d'appréciation d'un litige, également après l'expertise. Le rapport ne constitue qu'un élément d'information pouvant aider le juge à se forger son intime conviction<sup>112</sup>. Selon moi, ce principe peut s'appliquer *mutatis mutandis* au FAM. Cela signifie que le FAM juge la valeur du rapport d'expertise de manière intangible et que le rapport d'expertise ne peut souffrir d'interprétation incompatible avec son sens et sa portée.

#### c. Le dépôt du rapport d'expertise – sanctions

Une plainte ancienne et récurrente concerne la lenteur de l'expertise. Il convient de signaler à ce propos que le dépôt tardif d'un rapport d'expertise judiciaire n'entraîne pas la nullité de ce rapport. Un rapport d'expertise transmis tardivement au juge constitue un élément probant, sauf si le retard porte préjudice à la qualité du rapport en question. Par conséquent, on peut dire que le délai imposé par le mandant n'a que valeur d'une recommandation<sup>113</sup>.

Il convient de souligner par ailleurs qu'il est très important, en cas de lésions corporelles graves, de procéder le plus rapidement possible aux constatations contradictoires et au suivi des lésions afin d'éviter tous problèmes d'administration de la preuve quant aux dommages<sup>114</sup>.

En ce qui concerne les sanctions, la loi règle bien certains aspects, comme dans le cadre des affaires pénales. Conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 28 décembre 1950 portant règlement général sur les frais de justice en matière répressive, tout retard injustifié dans l'exécution de la mission ou le dépôt du rapport entraîne une réduction des honoraires de l'expert. En vertu également de l'article 10 de la loi du 1<sup>er</sup> juin 1949 sur la révision des tarifs en matière criminelle, les médecins, chirurgiens, officiers de santé, médecins-vétérinaires et experts qui, auront refusé ou négligé de faire les visites, le service ou les travaux pour lesquels ils auront été légalement requis, seront punis d'une amende. En outre, rien n'empêche le magistrat de remplacer l'expert et de confier la mission à un autre expert si le premier tarde trop à exécuter sa mission et à déposer son rapport<sup>115</sup>.

Bien qu'une procédure amiable soit considérée comme étant plus souple, le FAM craint en l'occurrence également une lenteur de procédure et les problèmes y afférents, plus particulièrement en ce qui concerne le délai légal de six mois pour émettre un avis au demandeur d'une indemnisation. Ce délai n'est en effet pas suspendu en raison d'un acte d'instruction tel qu'une expertise.

110. i.e. dommage moral particulier causé par des douleurs physiques (par exemple : dû à des brûlures).

111. J. DE VOS, *No fault & aansprakelijkheid*, Damme, Euro books 2009, pp. 157-158.

112. A.CHRISTIAENS, "Het deskundigenverslag-bewijswaarde-Honoraria", in X, *Bestendig handboek deskundigenonderzoek VII 4-1 – VII 4-17*, 2010, p. 88.

113. A.CHRISTIAENS, "Het deskundigenverslag-bewijswaarde-Honoraria", in X, *Bestendig handboek deskundigenonderzoek VII 4-1 – VII 4-17*, 2010, p. 87.

114. P. MEESEN, "Minnelijke of gerechtelijke expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze", R.W. 1997-1998, p. 941.

115. A.CHRISTIAENS, "Het deskundigenverslag-bewijswaarde-Honoraria", in X, *Bestendig handboek deskundigenonderzoek VII 4-1 – VII 4-17*, 2010, pp. 87-88.

Par ailleurs, le FAM se retrouve “coincé” entre deux objectifs majeurs. D’une part, l’expertise doit être contradictoire et, d’autre part, il est nécessaire de déposer à temps un rapport de haute qualité, vu les délais précédemment mentionnés. Concrètement, le rapport constitue la base tant de l’avis final au demandeur que, le cas échéant, de l’évaluation financière du dommage. En ce qui concerne les sanctions liées au non-respect des délais, nous ne pouvons néanmoins pas appliquer la législation précitée. De surcroît, le juge jouit d’une autre “autorité” que celle du FAM. Il faudra donc établir une procédure standardisée (= “fil conducteur contraignant” du point de vue de l’“autorité”). Le FAM peut notamment fixer des mesures dans la convention avec l’expert et dans la description de la mission. Le caractère contradictoire ne peut cependant être mis en péril. L’expert doit, quoi qu’il en soit, respecter les droits de la défense. Comme déjà mentionné antérieurement, l’expert se doit d’établir un calendrier précis et réaliste pour toutes les parties concernées par l’expertise. Si l’expert s’en écarte, il doit en formuler les motifs. Selon moi, rien n’empêche le FAM de désigner un autre expert ou de rayer l’expert qui n’effectue pas son travail de bonne foi de la liste des experts à consulter et de ne plus le désigner pour une prochaine mission.

Enfin, l’expert peut être confronté à des “parties récalcitrantes”. Toutefois, si le calendrier a été établi en concertation avec les parties concernées, il nous semble logique que les séances aient toujours lieu à la date prévue et que, par conséquent, le caractère contradictoire demeure intact. D’autant plus que des remarques peuvent toujours être formulées par écrit dans les rapports. La question qui se pose néanmoins est de savoir si le juge suivra le raisonnement du FAM si la procédure est ultérieurement contestée au tribunal.

#### • Les frais d’expertise

Normalement, le mandant indemnise les frais de l’expertise extrajudiciaire, sauf stipulation contraire dans la convention. Si la responsabilité incombe clairement à une seule des parties, les parties peuvent mettre les frais d’expertise des médecins conseils respectifs à charge du responsable du dommage. Dans le cadre d’une procédure judiciaire, il n’est pas impensable que les frais d’expertise soient à charge de la partie succombante<sup>116</sup>, même si une expertise unilatérale a été menée.

Les coûts élevés constituent souvent le point névralgique de l’expertise<sup>117</sup>.

Dans le cadre de la loi sur les accidents médicaux, l’objectif du législateur était de maintenir le plus bas possible le seuil d’accès à une procédure devant le FAM. C’est pourquoi la procédure et l’expertise sont gratuites pour le demandeur<sup>118</sup>.

On pourrait penser que, du fait de cette gratuité, le FAM sera submergé de demandes. Il ne doit cependant pas organiser systématiquement une expertise. La demande doit d’abord être déclarée recevable.

En principe, le FAM supporte les frais d’expertise, à moins que la responsabilité du prestataire de soins ne soit établie. Cette responsabilité est établie lorsqu’elle est reconnue par le prestataire de soins ou son assureur ou lorsqu’elle a été établie par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée. Dans pareil cas, les frais sont à charge du prestataire de soins responsable et/ou de son assureur<sup>119</sup>.

116. Cass. 28.02.2002, NJW, 2002-2003, noot S. MOSSELMANS.

117. T. LYSSENS, L. NAUDTS, “[Gerechtigd deskundigenonderzoek]. Kosten en ereloon” in X., Bestendig Handboek Deskundigenonderzoek, III.5-1 - III.5-31, 2010, p. 41.

118. T. VANSWEEVELT, De no-fault wet inzake medische ongevallen, Leuven, Indicator, 2010, p. 75; art. 20, al. 1<sup>er</sup>, de la loi sur les accidents médicaux.

119. Art. 20, al. 2, de la loi sur les accidents médicaux.

Le FAM sélectionnera, désignera et paiera les experts selon un tarif horaire (préalablement fixé). Ces frais constitueront une partie considérable du budget. En France, le budget est maîtrisé grâce au paiement, pour chaque expertise, d'un montant forfaitaire de 700 EUR. Bien que ce système ait initialement suscité des protestations, on constaterait aujourd'hui un nombre suffisant d'experts disposés à travailler à ce tarif<sup>120</sup>.

## Chapitre VI. Le rôle de l'expert en tant que "conciliateur" dans la sphère judiciaire et extrajudiciaire

Comme mentionné dans l'introduction, je voudrais expliquer ici les éventuelles possibilités de parvenir à un *consensus* entre les parties concernées à l'initiative de l'expert compétent et comment son rôle crucial se profile dans le contexte d'une expertise judiciaire.

Conformément à l'article 977 du Code judiciaire, l'expert doit tenter de concilier les parties. Il s'agit d'une mission importante émanant de la loi. En effet, cette mission de conciliation est toujours du ressort de l'expert, même si cela n'est pas mentionné dans sa mission. Généralement, l'expert prend cette mission au sérieux et il pourra l'accomplir dès le début de son expertise, sur la base de ses premières constatations. Dans la majorité des cas, l'expert doit d'abord examiner les pièces versées au dossier et faire des constatations détaillées avant de formuler une proposition d'arrangement à l'amiable. Selon une certaine doctrine, il est établi que la disposition de l'article 977 du Code judiciaire ne peut rester lettre morte et que les experts obtiennent souvent une conciliation<sup>121</sup>. Généralement, il s'agit simplement d'un accord de règlement amiable, avec pour conséquence non négligeable, des procédures moins longues et moins onéreuses.

Le rôle de conciliateur de l'expert est cependant bien plus étendu et s'applique également dans les procédures extrajudiciaires<sup>122</sup>.

Dans le cadre d'une expertise unilatérale, le rôle de conciliateur de l'expert est limité étant donné qu'il ne connaît qu'une seule des parties. Néanmoins, son rapport peut donner lieu à un règlement de l'affaire à l'amiable ou à l'abandon d'une procédure judiciaire. Conclusion : une expertise unilatérale peut contribuer à la conciliation des parties<sup>123</sup>.

À première vue, la mission de conciliation de l'expert semble également limitée dans le cas d'une EMA. Il est néanmoins important de savoir que si des parties souhaitent que l'intervention de l'expert aboutisse à un accord global assorti d'obligations réciproques, il convient de prêter suffisamment d'attention au contenu de la convention. Une bonne convention peut épargner du temps et de l'argent aux parties.

Une question se pose malgré tout : une tentative de conciliation est-elle souhaitable dès le début dans toutes les matières ? Il faut en tout cas nuancer la réponse à cette question. Tenter, comme dans le cadre de la procédure judiciaire, une conciliation entre les parties sur la base des premières constatations avant de procéder à une expertise détaillée me semble délicat et n'est pas souhaitable dans le cadre de la loi sur les accidents médicaux. Le FAM y perdrait sa crédibilité. En cours de procédure cependant, les parties concernées peuvent éventuellement prendre conscience de certains éléments à propos desquels l'expert pourra jouer un rôle important en émettant un avis en connaissance de cause et en rédigeant un rapport neutre et équilibré. Par conséquent, une "conciliation" indirecte est possible.

120. T. VANWEEVELT, *De no-fault wet inzake medische ongevallen*, Leuven, Indicator, 2010, p. 76.

121. T. LYSSENS, L. NAUDTS, "Verloop van het deskundigenonderzoek", in X., *Bestendig handboek deskundigenonderzoek*, III. 3 – 1 – III.3.24, 2010, p.150.

122. T. LYSSENS, L. NAUDTS, "deskundige. Verzoener, bemiddelaar of arbiter", *NjW* 2010, 222, p. 338.

123. *Ibid.*, p. 340.

Il est fort probable qu'en cours de procédure, il soit envisagé de suspendre celle-ci temporairement et de procéder à une médiation qui est également prévue dans la loi précitée, mais uniquement si une des parties concernées en fait la demande. En vertu de l'article 8, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, de la loi précitée, le FAM doit notamment organiser, à la demande du patient ou de ses ayants droit, d'un prestataire de soins ou de son assureur, une médiation conformément aux articles 1724 à 1733 du Code judiciaire. Le Fonds peut, le cas échéant, être partie à la médiation bien que, selon les membres du groupe de travail juridique du Conseil d'administration du FAM, cela ne soit pas conseillé étant donné que le Fonds ne peut perdre sa neutralité. Le Fonds doit cependant mener à bien la procédure. Selon le groupe de travail, la médiation devrait demeurer une exception.

Que les choses soient toutefois bien claires : la procédure amiable et la médiation sont deux notions et procédures différentes requérant des approches distinctes. La médiation entre parties souvent diamétralement opposées nécessite en effet la capacité et la créativité qui s'imposent.

## Chapitre VII. L'expertise et le secret professionnel

Conformément à l'article 458 du Code pénal, certaines personnes qui par état ou par profession ont connaissance de certaines données sont liées par le secret professionnel. Il ne peut dès lors être tenu compte d'une expertise basée sur des données obtenues par violation du secret professionnel<sup>124</sup>.

Le secret professionnel est absolu et d'ordre public, même si ce caractère absolu a été affaibli dans deux arrêts de cassation et réduit à une protection fonctionnelle du patient dans l'intérêt duquel elle a été instaurée<sup>125</sup>.

Le problème du secret professionnel se pose essentiellement dans le secteur médical. Le praticien doit respecter le secret absolu des faits et des circonstances dont il a eu connaissance explicitement ou tacitement. Un médecin qui exerce pour le compte d'un tiers peut néanmoins communiquer les résultats de son expertise à son mandant étant donné qu'il n'est pas médecin traitant. Il a pour tâches d'effectuer des recherches et d'en communiquer les résultats au mandant. Attention : il n'est exempté que dans les limites de sa mission. Il est cependant tenu par un devoir de réserve. Par ailleurs, l'expert est tout autant (voire davantage) tenu de respecter le secret professionnel vis-à-vis de tiers qui ne sont pas concernés par l'expertise.

La violation du secret professionnel peut donc mettre en cause sa responsabilité, par exemple en communiquant des informations confidentielles à des tiers. S'il communique des données qu'il a obtenues d'un tiers, ce dernier violant ainsi le secret professionnel, il commet également une faute<sup>126</sup>.

Conformément à une règle essentielle de déontologie, tant le médecin-expert que le médecin conseil doit communiquer sa qualité<sup>127</sup>, même dans le cas de constatations unilatérales. Cette obligation ne vaut pas uniquement vis-à-vis de la victime/du patient mais aussi vis-à-vis des collègues/confrères qui traitent le patient et de la direction de l'hôpital<sup>128</sup>.

124. Bruxelles, 11.03.1969, Pass. 1969, II, 132.

125. Cass. 30.10.1978, Arr. Cass. 1978-1979, 235; Cass. 09.02.1988, Arr. Cass. 1987-1988, 720.

126. Bruxelles, 11.03.1969, Pass. 1969, II, 132.

127. J. DE VOS, De medische expertise, Damme, Euro books (losbladig), 2002, p. 41.

128. Avis du Conseil national du 01.01.1985.

## Chapitre VIII. La responsabilité de l'expert

Un expert doit accomplir sa mission suivant les règles de l'art. Une grave erreur peut occasionner un important dommage pour les parties. Le cas échéant, l'éventuelle responsabilité sera examinée et il faudra, en première instance, vérifier quelle est la relation entre l'expert et les parties<sup>129</sup>.

Dans le cas d'une expertise judiciaire, il sera en tout cas question d'une responsabilité extracontractuelle étant donné l'absence de convention. En revanche, dans le cas d'une expertise extrajudiciaire, il sera généralement question d'une responsabilité contractuelle. Dans le cas du FAM, il y aura uniquement une convention entre le FAM et l'expert. Par conséquent, les autres parties concernées ne peuvent s'adresser à l'expert que dans un contexte extracontractuel.

En tout état de cause, la partie qui entame la procédure doit apporter la preuve de la faute (méconnaissance d'une obligation ou d'un engagement), du dommage et du lien de causalité au sens de l'article 1382 du Code civil. Indépendamment de la source de l'engagement, une mise en demeure préalable est nécessaire. Le débiteur (en l'occurrence l'expert) reçoit ainsi une dernière opportunité d'assumer sa responsabilité<sup>130</sup>.

En cas d'infraction à une règle de droit ou à une norme de diligence générale, il est donc question d'une responsabilité extracontractuelle. La pierre d'achoppement est l'exercice, par chaque praticien, de sa spécialité dans les mêmes circonstances<sup>131</sup>. Attention : lorsqu'un expert est lié par un code déontologique, une infraction à ce code implique automatiquement une faute<sup>132</sup>. De plus, il est généralement admis que le point le plus léger suffit<sup>133</sup>.

Conformément à la jurisprudence, l'expert ne peut être tenu responsable du contenu de son rapport. Cela s'explique par le fait que les parties ont toujours la possibilité de formuler des remarques à ce propos. Il n'empêche cependant que le contenu peut être contesté devant le juge. Ceci dit, toute erreur commise par l'expert ne peut être considérée comme une faute<sup>134</sup>. Ainsi, une erreur technique ou scientifique ne sera pas considérée comme une faute si tout expert, agissant prudemment et diligemment, est susceptible de commettre la même erreur<sup>135</sup>.

Sont néanmoins considérées comme des fautes par la jurisprudence : les infractions aux règles fondamentales d'indépendance, d'objectivité et d'impartialité ; la non-exécution de la mission après son acceptation ; le non-respect des obligations légales ou contractuelles fondamentales liées à leur intervention comme par exemple l'obligation de motivation<sup>136</sup> ; un sérieux retard injustifié ; le non-respect de la mission<sup>137</sup> ; des manquements aux règles de l'art et des fautes commises dans l'exécution de la mission ; l'absence de mesures de précaution suffisantes en vue de conserver ou faire conserver les preuves, etc.<sup>138</sup>.

En conclusion, il est donc conseillé, en tant qu'expert, de contracter une assurance responsabilité professionnelle.

129. L. NAUDTS, T. LYSSENS, "Aansprakelijkheid van de deskundigen", in X, Bestendig handboek deskundigenonderzoek, 01.03.2008, afl. 8, p. 236.

130. Ibid, p. 238.

131. Liège, 01.12.1964, JT 1965, 313.

132. L. NAUDTS, T. LYSSENS, "Aansprakelijkheid van de deskundigen", in X, Bestendig handboek deskundigenonderzoek, 01.03.2008, afl. 8, p. 239.

133. Ibid ; Anvers, Cour d'appel (2e ch.) n° 2005/RG/727, 07.06.2006, p. 12.

134. J. TRICOT, "De aansprakelijkheid van de arts-deskundigen", Con.M. 2010, af. 2, p. 57.

135. Ibid p. 241.

136. J. SCHRIJVERS, "De minnelijke medische expertise", Verkeersrecht 1992, note, p. 32.

137. Anvers, Cour d'appel (2e ch.) n° 2005/RG/727, 07.06.2006, p. 12.

138. Ibid.

## Chapitre IX. Conclusion

Un des principaux objectifs de la loi sur les accidents médicaux est d'éviter des procédures judiciaires laborieuses. Dans ce contexte, il est très important, pour des raisons d'ordre procédural et économique, de tenter de résoudre un litige à l'amiable le plus tôt possible. Dans ce contexte, l'expert peut jouer un rôle important en faisant une évaluation en connaissance de cause, autant que possible *prima facie*, pour s'orienter vers un règlement à l'amiable par voie d'une proposition équilibrée. En l'espèce, le FAM a pour tâche difficile de mener la procédure en respectant minutieusement les délais impartis.

Organiser une médiation entre diverses parties souvent diamétralement opposées requiert en effet la capacité et la créativité qui s'imposent. C'est pourquoi la loi sur les accidents médicaux donne la possibilité de résoudre également un litige à l'amiable, par une procédure de médiation distincte et indépendamment de l'expertise contradictoire. Cela peut se faire à chaque stade de la procédure menée devant le FAM, même si une expertise est déjà en cours, mais à la demande d'une des parties. Le Fonds ayant la possibilité de faire appel à des médiateurs agréés, une tentative de conciliation des parties par l'expert en début d'expertise ne me semble pas conseillée. Par ailleurs, l'expertise peut clarifier certaines choses et les parties peuvent, en cours de procédure prendre conscience de certains éléments pouvant les amener à s'accommoder de la proposition finale. Si l'expert peut convaincre les parties par un rapport objectif et équilibré, sa mission sera, selon moi, réussie.

Au vu de l'étude comparative, on peut conclure qu'une expertise contradictoire au FAM correspond le mieux à celle menée dans le cadre d'une procédure judiciaire. La procédure se déroule essentiellement conformément aux dispositions du Code judiciaire. En outre, le FAM se trouve dans la même situation que le juge, sans pour autant disposer de la même "autorité".

Enfin, certains sujets demeurent équivoques. Quel rôle l'expert peut-il encore jouer dans le cadre d'une EMA si un avis unilatéral a déjà été demandé ? Quid des parties qui souhaitent être entendues ? Quelle attitude le FAM doit-il adopter dès que l'expertise débute ? Si le FAM est considéré comme partie après le début de la procédure, qu'en est-il de l'indépendance de l'expert ? Que faire s'il apparaît en cour d'expertise que de "nouveaux" prestataires de soins sont peut-être (co-) responsables ou impliqués ? Comment le FAM réagira-t-il face à des récusations répétées au cours d'une seule et même expertise ? Que faire si les parties concernées ne respectent pas le calendrier établi et que les séances sont malgré tout maintenues (comme présumé par le Conseil d'administration) ? Le caractère contradictoire demeurera-t-il intact et le juge suivra-t-il dans ce dernier contexte le raisonnement du FAM si la procédure devait, dans un stade ultérieur, être contestée devant le tribunal ?

Peut-être la pratique apportera-t-elle des réponses à toutes ces questions.



2<sup>e</sup> Partie

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



## 3<sup>e</sup> trimestre 2012

# I. Aspects institutionnels et administratifs

## 1. Budget des moyens financiers

L'arrêté royal du 12 septembre 2012 fixe le budget global des moyens financiers pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques.<sup>1</sup> Pour l'année 2012, ce budget est de 4.032,551 millions d'EUR.

## 2. Fonds des accidents médicaux

Le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Fonds des accidents médicaux pour les années 2010 et 2011 est fixé à 1 300 000 EUR.<sup>2</sup> Le financement précédent pour 2010 a été supprimé parce que les dispositions légales du Fonds sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2012.<sup>3</sup>

## 3. Accords sociaux

### a. Accord social 2000

Les 1<sup>er</sup> mars et 28 novembre 2000, des accords sociaux concernant les secteurs fédéraux de la santé ont été conclus pour le secteur privé et le secteur public.

Le montant destiné au financement des fonds qui prévoient le paiement des indemnités pour les travailleurs occupés dans le secteur des soins infirmiers à domicile, dans les maisons médicales et par la Croix-Rouge, est fixé, pour l'année 2012, à 52.171.730 EUR. Ce montant est réparti entre le secteur privé à concurrence de 52.171.730 EUR et le secteur public à concurrence de 1.086.655 EUR.<sup>4</sup>

1. A.R. du 12.09.2012 fixant le budget global en 2012 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 14.09.2012 (Éd. 2), p. 57722.
2. A.R. du 20.07.2012 fixant, pour l'année 2011, le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Fonds des accidents médicaux en 2010 et 2011, M.B. du 12.09.2012, p. 57125.
3. A.R. du 25.08.2012 fixant la date d'entrée en vigueur de la loi du 31.03.2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé et de la loi du 02.06.2010 modifiant le Code judiciaire dans le cadre de la loi du 31.03.2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, M.B. du 29.08.2012, p. 53230.
4. A.R. du 20.07.2012 fixant le montant destiné au paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le gouvernement fédéral en 2000 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, les maisons médicales et par la Croix-Rouge, pour l'année calendrier 2012, M.B. du 07.08.2012, p. 46205.

## b. Accord social 2005

Le 26 avril et le 18 juillet 2005, des accords sociaux supplémentaires ont été conclus pour le secteur privé et le secteur public.

Pour l'année 2012, des indemnités supplémentaires ont été fixées pour les travailleurs occupés dans le secteur des soins infirmiers à domicile, dans les maisons médicales et par la Croix-Rouge. Au total, il s'agit d'un montant de 13.277.712 EUR, dont 13.000.000 d'EUR sont destinés au secteur privé et 277.712 EUR au secteur public.<sup>5</sup>

En outre, des mesures ont également été prévues pour la transmission de connaissance et d'expérience des travailleurs âgés aux jeunes peu qualifiés ainsi qu'une mesure de congé supplémentaire pour les membres du personnel qui ne bénéficient pas des mesures de fin de carrière. Pour l'année 2012, il s'agit d'un montant de 17.831.154 EUR.<sup>6</sup> Ce montant est ventilé comme suit :

- mesure de parrainage : 7.719.114 EUR, dont 2.894.668 EUR pour le secteur public et 4.824.446 EUR pour le secteur privé
- mesure complémentaire pour les agents de minimum 50 ans qui ne bénéficient pas des mesures de fin de carrière : 10.112.040 EUR, dont 3.859.557 EUR pour le secteur public et 6.252.483 EUR pour le secteur privé.

## c. Accord social 2010

Le 4 mars 2010, un accord a été conclu en ce qui concerne le plan d'attractivité de la profession de praticien de l'art infirmier dans un nombre limité de secteurs.

La rétribution supplémentaire pour les prestations irrégulières des travailleurs occupés dans le secteur des soins infirmiers à domicile et dans les maisons médicales, est fixée, pour l'année 2012, respectivement à 713.071 EUR et à 69.606 EUR, soit au total, un montant de 782.677 EUR. Ce montant est réparti entre le secteur privé (761.238 EUR) et le secteur public (21.349 EUR).<sup>7</sup>

## d. Mini accord social 2011

Les 4 février et 21 février 2011, un "mini accord social" a été conclu en ce qui concerne l'emploi, les prestations inconfortables, le deuxième pilier de pension, la prime syndicale et la statutarisation du secteur public.

5. A.R. du 20.07.2012 fixant le montant destiné au paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, les maisons médicales et par la Croix-Rouge, pour l'année calendrier 2012, M.B. du 07.08.2012, p. 46206.

6. A.R. du 13.07.2012 fixant le montant destiné au paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne le parrainage et la mesure de congé supplémentaire pour l'année civile 2012, M.B. du 25.07.2012.

7. A.R. du 20.07.2012 fixant le montant en vue du paiement d'une prime supplémentaire pour les prestations irrégulières, prévu dans l'accord du 04.03.2010 qui a été signé par le gouvernement fédéral et les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs, et qui s'inscrit dans le cadre du plan d'attractivité de la profession de praticien de l'art infirmier pour le secteur des soins infirmiers à domicile et les maisons médicales, pour l'année civile 2012, M.B. du 07.08.2012, p. 46204.

La rétribution supplémentaire pour la création d'emploi et pour les prestations irrégulières des travailleurs occupés dans le secteur des soins infirmiers à domicile, dans les maisons médicales et dans les maisons de soins psychiatriques publiques est fixée, pour l'année 2012, à 7.020.256 EUR. De cette somme, un montant de 6.496.749 EUR est destiné au secteur privé et un montant de 523.507 au secteur public.<sup>8</sup>

## II. Soins de santé

### 1. Assurés

#### a. Régime du tiers payant

Le régime du tiers payant peut toujours être appliqué pour l'intervention dans le coût des prestations suivantes :<sup>9</sup>

- à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011, pour les tensiomètres cliniquement validés délivrés par un fournisseur agréé. Le remboursement des tensiomètres faisant actuellement partie de la réglementation relative aux dispositifs diagnostiques et plus de la nomenclature de rééducation, le régime du tiers payant devait être adapté en conséquence
- à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012, pour les prestations de diététique et de podologie.

#### b. Travailleurs indépendants<sup>10</sup>

##### PENSIONNÉS

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, la distinction n'est plus faite, en ce qui concerne la constatation de la qualité de titulaire dans l'assurance soins de santé, entre les travailleurs indépendants pensionnés qui ont mis fin à leur activité et les travailleurs indépendants pensionnés qui poursuivent leur activité. Une seule attestation sera délivrée par l'ONSS pour tous les travailleurs indépendants pensionnés, qu'ils poursuivent ou non leur activité.

##### PLAN FAMILLE

Les travailleurs indépendants qui interrompent leur activité professionnelle pour soigner leur enfant atteint d'une affection grave ou pour apporter des soins palliatifs à leur enfant ou à leur partenaire, ne doivent plus payer de cotisations dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, ils reçoivent, pour cette période, une assimilation pour la constitution de leur pension. Cette période est maintenant aussi assimilée dans le cadre de l'assurance soins de santé. Cela signifie que les périodes d'interruption de l'activité professionnelle sont supposées être couvertes par des cotisations suffisantes pour leur droit aux soins de santé.

8. A.R. du 20.07.2012 fixant le montant en vue du paiement d'une prime supplémentaire pour les prestations irrégulières et la création de l'emploi supplémentaire, prévu dans l'accord du 04.02.2011 et du 25.02.2011 qui a été signé par le gouvernement fédéral et les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs des secteurs de soins fédéraux pour le secteur des soins infirmiers à domicile, les maisons médicales et les maisons de soins psychiatriques pour l'année civile 2012, M.B. du 07.08.2012, p. 46203.

9. A.R. du 03.09.2012 modifiant A.R. du 10.10.1986 portant exécution de l'art. 53, § 1<sup>er</sup>, al. 9, de la loi SSI, M.B. du 14.09.2012, p. 57493.

10. A.R. du 06.09.2012 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 14.09.2012, p. 57494.

## 2. Dispensateurs de soins

### a. Communication avec les dispensateurs de soins

À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2012, les circulaires (informatives) ne sont plus envoyées par la poste aux dispensateurs de soins.<sup>11</sup> Cela permet non seulement de faire une économie, mais s'inscrit également dans la politique de développement durable poursuivie par l'INAMI. Les dispensateurs de soins peuvent toujours consulter les circulaires sur le site web de l'INAMI.

### b. Médecins

#### TRAJETS DE SOINS

L'arrêté royal du 21 janvier 2009 concernant les trajets de soins est modifié. Ces modifications entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2009 (avec effet rétroactif) de sorte que l'avantage des trajets de soins reste maintenu pendant 4 ans, même si le patient tombe sous l'effet des critères d'exclusion.<sup>12</sup>

L'organisme assureur paie les honoraires forfaitaires pour la 3<sup>e</sup> année de trajet de soins au médecin généraliste et au médecin spécialiste. La période pendant laquelle le bénéficiaire ne doit pas payer de quote-part personnelle est prolongée jusqu'à la fin de la 3<sup>e</sup> année civile à compter du début du trajet de soins, à condition qu'au cours de la 1<sup>re</sup> année, deux consultations aient été portées en compte par les médecins généralistes. Ceci vaut également pour la 4<sup>e</sup> année de trajet de soins, à condition qu'au cours de la 2<sup>e</sup> année, deux consultations aient été portées en compte par les médecins généralistes et une consultation par le médecin spécialiste signataire.

Cette condition de "deux consultations par le médecin généraliste et/ou une consultation par le médecin spécialiste" est remplacée par des "contacts" : il s'agit d'une consultation ou d'une visite par le médecin généraliste, d'une consultation par le médecin spécialiste ou d'une intervention pour une hémodialyse dans un centre d'hémodialyse chronique ou dans un centre d'autodialyse collective.

### c. Praticiens de l'art dentaire

Les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire reçoivent une intervention financière pour leur fonctionnement.<sup>13</sup>

L'intervention est valable pour les organisations professionnelles représentatives ou un groupe d'organisations professionnelles tel que défini pour les élections praticiens de l'art dentaire. Cette intervention est constituée, d'une part, d'un montant de base par organisation professionnelle représentative et, d'autre part, d'un montant complémentaire par vote valable. Il s'agit de :

- 10.325 EUR par organisation
- 61,16 EUR par vote valable.

Le paiement est effectué en 2 tranches.

11. Règlement du 25.06.2012 modifiant le Règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 09.07.2012, p. 37133.

12. A.R. du 05.07.2012 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 18.07.2012, p. 39208.

13. A.R. du 03.08.2012 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'INAMI octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire, M.B. du 30.08.2012 (Éd. 2), p. 53374.

#### d. Bandagistes

Les organisations professionnelles représentatives des bandagistes reçoivent une intervention financière pour leur fonctionnement. À partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012, un arrêté royal fixe les conditions et les modalités en la matière :<sup>14</sup>

- d'une part, chaque organisation a droit à un montant de base de 80.000 EUR
- d'autre part, ce montant est complété d'un montant dépendant du nombre de membres de l'organisation et du pourcentage de bandagistes conventionnés (25 EUR × nombre de membres × pourcentage de dispensateurs de soins conventionnés).

Le paiement est effectué en 2 tranches.

#### e. Orthopédistes

Les organisations professionnelles représentatives des orthopédistes reçoivent une intervention financière pour leur fonctionnement. À partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012, un arrêté royal fixe les conditions et les modalités en la matière :<sup>15</sup>

- d'une part, chaque organisation a droit à un montant de base de 80.000 EUR
- d'autre part, ce montant est complété d'un montant dépendant du nombre de membres de l'organisation et du pourcentage d'orthopédistes conventionnés (25 EUR × nombre de membres × pourcentage de dispensateurs de soins conventionnés).

Le paiement est effectué en 2 tranches.

### 3. Prestations

#### a. Médecins

##### ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012, la nomenclature contient les soins multidisciplinaires de l'accident vasculaire cérébral.<sup>16</sup>

Le groupe cible est constitué des patients qui ont eu un accident vasculaire cérébral récent (patients AVC). Un diagnostic correct et un traitement rapide sont très importants pour ces patients qui ont eu un AVC dans un délai de moins de deux semaines.

L'établissement d'un "plan de soins" (incluant, outre le plan de traitement, une description des soins ultérieurs apportés au patient) et le contexte multidisciplinaire sont ici indispensables.

14. A.R. du 04.09.2012 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'INAMI octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des bandagistes, M.B. du 19.09.2012, p. 58020.

15. A.R. du 04.09.2012 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'INAMI octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des orthopédistes, M.B. du 19.09.2012, p. 58018.

16. A.R. du 06.06.2012 modifiant l'art. 20, § 1<sup>er</sup>, f)bis, 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 03.07.2012, p. 36370.

## PRESTATIONS TECHNIQUES SPÉCIFIQUES

À l'article 20 de la nomenclature, les dispositions en matière de neuropsychiatrie, de neurologie et de psychiatrie sont modifiées à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2012 :<sup>17</sup>

- révision de l'intervention des prestations en matière de potentiels évoqués et de potentiels évoqués cognitifs
- certaines prestations neurologiques courantes sont revalorisées.

### b. Bandagistes

La nomenclature des aides à la mobilité est modifiée à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2012.<sup>18</sup> Les principales adaptations sont les suivantes :

- remboursement du siège et du dossier réglables par sangles pour les voiturettes
- le siège préformé est doté d'une nouvelle définition. Les coussins qui n'offrent pas suffisamment de garantie pour le soutien de la position d'assise sont de cette façon exclus de l'intervention de l'assurance
- ajout du test de l'aide à la mobilité en cas d'intervention forfaitaire pour les scooters électroniques pour l'intérieur et l'extérieur
- ajout d'indications spécifiques pour le remboursement des adaptations électriques sur une voiturette électrique pour l'intérieur
- modification des conditions de remboursement de l'assurance pour les coussins anti-escarres
- extension du renouvellement anticipé aux coussins anti-escarres
- revalorisation du remboursement pour les voiturettes actives et pour les voiturettes actives pour enfants
- ajout d'adaptations supplémentaires pour les voiturettes actives. Cela permet de réduire le déséquilibre entre le remboursement pour les adaptations pour adultes et les adaptations pour enfants
- modification des valeurs Y pour certaines interventions forfaitaires
- la notion d' "appréciation globale des fonctions" prise en considération pour décider si un assuré peut finalement bénéficier de l'aide à la mobilité proposée est précisée.

### c. Sages-femmes

Pour la prestation examen postnatal de la mère et de l'enfant, il est précisé que, dans certains cas exceptionnels, cette prestation peut être attestée si l'enfant est absent mais que la surveillance et les soins postnatals de la mère s'avèrent tout de même nécessaires. C'est par exemple le cas si l'enfant décède, si l'enfant est abandonné ou si l'enfant est hospitalisé. La règle interprétative entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012.<sup>19</sup>

17. A.R. du 20.09.2012 modifiant les art. 1<sup>er</sup>, § 4*bis*, II, 20, § 1<sup>er</sup>, f), f)*bis*, f)*ter*, et § 2, 25, § 2, e), 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 28.09.2012 (Éd. 3), p. 59884 et l'A.R. du 20.09.2012 modifiant l'art. 37*bis* de la loi SSI, M.B. du 28.09.2012 (Éd. 3), p. 59880.

18. A.R. du 20.09.2012 modifiant 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 27.09.2012 (Éd. 2), p. 59545.

19. Règle interprétative du 11.06.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 06.07.2012, p. 37050.

## d. Orthopédistes

À partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012, l'article 29 de la nomenclature relative aux orthopédistes est modifié.<sup>20</sup> Le texte correspond à présent mieux à la pratique : les nominations des dispensateurs de soins sont actualisées.

## e. Implants

### ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

L'arrêté royal du 20 juillet 2012 ajoute une nouvelle section dans la nomenclature relative à l'orthopédie. Il s'agit des prothèses d'extrémités. Leur remboursement ressortit à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012 à l'article 35 au lieu de l'article 28 de la nomenclature.<sup>21</sup>

Le libellé des prestations relatives aux prothèses d'épaule est modifié. À l'aide du diamètre du produit, une distinction claire est faite entre un implant de surface pour un remplacement partiel du cartilage articulaire et une prothèse céphalique. En premier lieu, une règle interprétative redéfinit la prestation à partir du 1<sup>er</sup> juin 2009.<sup>22</sup>

### NEUROCHIRURGIE

À partir du 12 juillet 2012, l'assurance soins de santé rembourse la prothèse d'os du crâne sur mesure.<sup>23</sup> Auparavant, les implants sur mesure pour la cranioplastie étaient remboursés par le Fonds spécial de solidarité.

### OTORHINOLARYNGOLOGIE

Les prestations relatives aux implants cochléaires sont modifiées à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012.<sup>24</sup>

Les prestations existantes sont remplacées par de nouvelles prestations dans lesquelles la notion de "kit" est introduite. Le contenu minimum du kit qui doit être fourni pour l'implant cochléaire est défini. En outre, les conditions de garantie doivent être adaptées :

- 10 ans de garantie totale à 100 % pour les parties implantables
- 3 ans de garantie totale à 100 % pour le corps principal de la partie non implantable (processeur et boîtier de pile) pour les bénéficiaires de moins de 8 ans
- 5 ans de garantie totale à 100 % pour le corps principal de la partie non implantable (processeur et boîtier de pile) pour les bénéficiaires à partir de leur huitième anniversaire.

20. A.R. du 20.07.2012 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 27.08.2012, p. 50894.

21. A.R. du 20.08.2012 modifiant les art. 28 et 35 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 20.08.2012 (Éd. 2), p. 48831.

22. Règles interprétatives du 23.09.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 14.08.2012 (Éd. 2), p. 48197.

23. A.R. du 03.07.2012 modifiant l'art. 35 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 09.07.2012, p. 37132.

24. A.R. du 20.07.2012 modifiant l'art. 35 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 14.08.2012 (Éd. 2), p. 48082 et l' A.R. du 20.09.2012 modifiant l'A.R. du 20.07.2012 modifiant l'art. 35 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 28.09.2012 (Éd. 3), p. 59881.

## CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOLOGIE

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2012, l'assurance soins de santé rembourse le stimulateur cardiaque et le stimulateur de resynchronisation cardiaque ainsi que son électrode. À cet effet, de nouvelles prestations sont insérées à l'article 35 de la nomenclature, au chapitre "Chirurgie thoracique et cardiologie".<sup>25</sup>

## CHIRURGIE VASCULAIRE

L'intervention de l'assurance pour la prestation 685355-685366 est étendue à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2012 : les accessoires (c.-à-d. les fils de guidage, la gaine d'introduction et le dispositif de gonflage) sont compris.<sup>26</sup>

## GYNÉCOLOGIE, CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTIVE

À partir du 1<sup>er</sup> octobre 2011, la nomenclature de l'article 35bis est modifiée. Les colles tissulaires, les produits hémostatiques et les anti-adhésifs sont dorénavant remboursés.<sup>27</sup>

### f. Spécialités pharmaceutiques

## OXYGÉNOTHÉRAPIE

Le remboursement du traitement de l'hypoxémie aiguë par oxygène gazeux ou oxyconcentrateur, ce qu'on appelle le traitement par oxygénothérapie de courte durée, est modifié à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012.<sup>28</sup> La modification permet de faire mieux correspondre le remboursement aux besoins réels du patient. En outre, un nouveau modèle d'autorisation pour le remboursement est prévu.

Sur la base d'une nouvelle demande d'autorisation complétée par le médecin traitant et introduite auprès du médecin-conseil de la mutualité, un remboursement peut être octroyé pour maximum 3 périodes par an avec un maximum d'1 mois par période :

- aux nouveaux patients
- aux patients qui ont déjà reçu un remboursement au cours des mois précédents.

25. A.R. du 03.09.2012 modifiant l'art. 35 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 17.09.2012, p. 57747 et l'erratum, M.B. du 30.10.2012, p. 66070.

26. A.R. du 20.09.2012 modifiant l'art 35 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 28.09.2012 (Éd. 3), p. 59882.

27. A.R. du 17.07.2012 modifiant l'art. 35 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 30.07.2012, p. 45252 et l' A.R. du 17.07.2012 modifiant l'A.R. du 08.03.2007 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations de l'art. 35 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 30.07.2012, p. 45255.

28. A.M. du 17.09.2012 modifiant la liste jointe à 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 20.09.2012 (Éd. 3), p. 58300.

### g. Conventions bilatérales

Le 6 mars 2006, la Belgique et la Bosnie-Herzégovine ont conclu une convention en matière de sécurité sociale.<sup>29</sup> Cette convention est entrée en vigueur le 1er juin 2009. La convention prévoit notamment pour l'assuré belge le droit au remboursement des prestations de santé urgentes pendant un séjour temporaire sur le territoire de la Bosnie-Herzégovine, ou inversement, pour un Bosniaque qui se trouve sur le territoire belge. Les prothèses, dispositifs médicaux de plus grande importance et autres prestations importantes, dont la liste a été fixée par un accord entre les deux pays, en sont exclus, sauf dans les cas d'urgence ou moyennant une autorisation spéciale.<sup>30</sup>

## III. Indemnités

### Travailleurs indépendants

#### Indemnité de maternité et allocation d'adoption

La période de repos de maternité pour les travailleuses indépendantes et les conjointes aidantes est à l'heure actuelle de huit semaines maximum (neuf semaines en cas de naissance multiple), dont trois semaines sont obligatoires (une semaine avant la date présumée de l'accouchement et une période de deux semaines qui prend cours le jour de l'accouchement).

Le montant de l'indemnité de maternité octroyée à la travailleuse indépendante est un montant forfaitaire lié à l'indice-pivot. Ce montant forfaitaire est augmenté à partir du 1er juillet 2012 pour passer à 333,84 EUR, de telle sorte que l'assurée reçoit une indemnité de 431,86 EUR pour chaque semaine de repos de maternité prise.<sup>31</sup>

Étant donné que depuis le 1er août 2009, le montant de l'allocation d'adoption est égal au montant de l'indemnité de maternité, cette augmentation s'applique également à l'allocation d'adoption octroyée pour chaque semaine de congé d'adoption prise. Le titulaire indépendant a droit à maximum six semaines de congé d'adoption si, au début du congé d'adoption, l'enfant n'a pas encore atteint l'âge de trois ans et à maximum quatre semaines, si l'enfant est âgé de trois à huit ans. En outre, si l'enfant adopté est atteint d'une incapacité physique ou mentale grave, cette durée maximale est doublée.<sup>32</sup>

29. Convention du 06.03.2006 sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la Bosnie-Herzégovine, M.B. du 21.06.2012, p. 33847.

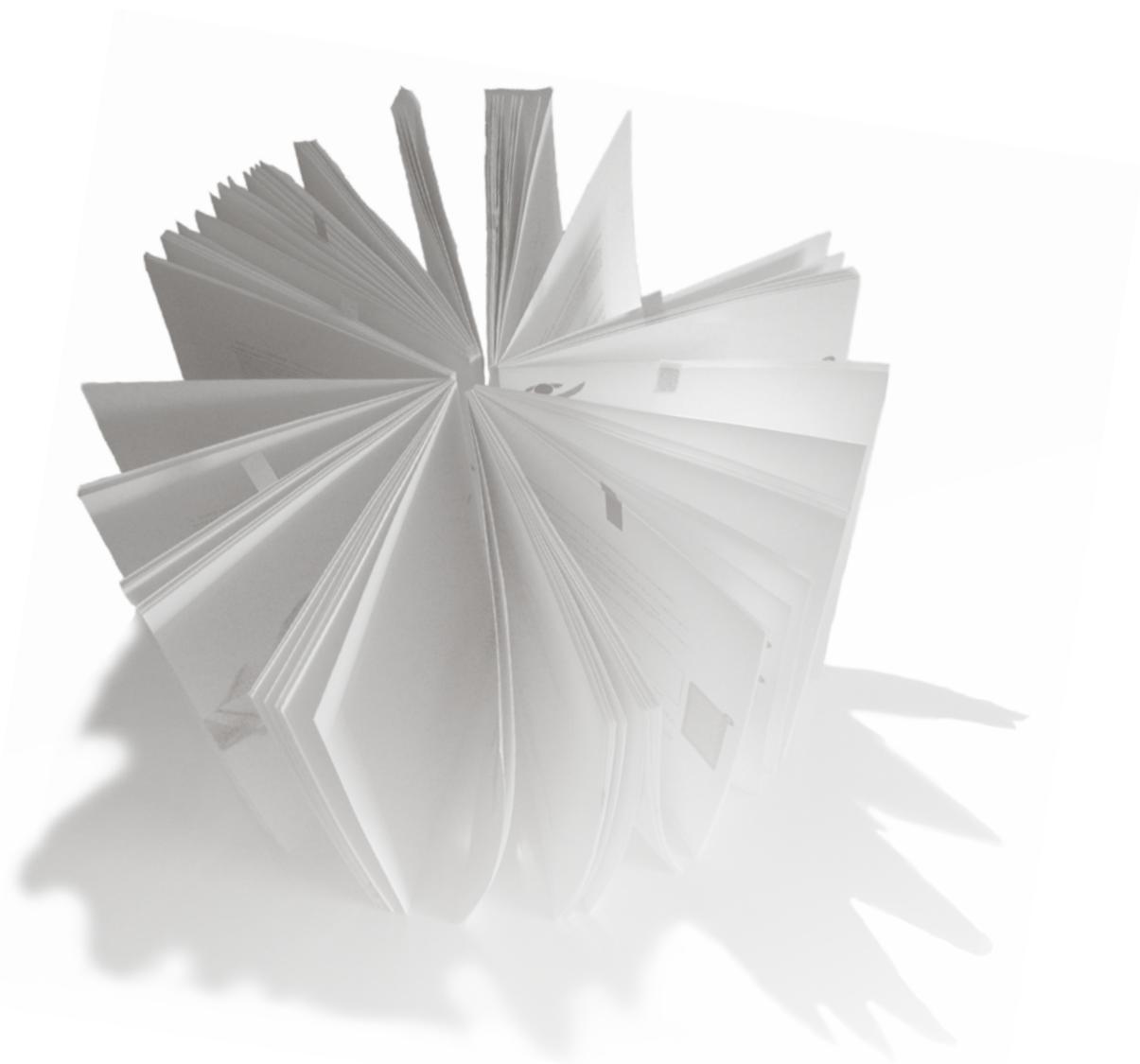
30. Accord du 04.11.2008 - fixant la liste des prothèses, du grand appareillage et des autres prestations en nature de grande importance, M.B. du 06.07.2012, p. 36963.

31. A.R. du 20.06.2012 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 10.07.2012, p.37287.

32. A.R. du 20.06.2012 modifiant l'A.R. du 20.12.2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants, M.B. du 10.07.2012, p.37286.

# 3<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



# I. Cour Constitutionnelle du 20 décembre 2012, questions préjudicielles

## Charte de l'assuré social, article 2

### Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, article 3

*L'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la "charte" de l'assuré social ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il n'inclut pas parmi les matières de sécurité sociale concernées par cette loi les assurances complémentaires devenues obligatoires visées par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités alors qu'il inclut les avantages complémentaires accordés par les fonds de sécurité d'existence.*

*À la différence des assurances complémentaires offertes par les mutualités sur base de l'article 3 de la loi du 6 août 1990 précitée dont le bénéfice est lié à l'affiliation volontaire de l'assuré, les avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale accordés, dans les limites de leurs statuts, par les fonds de sécurité d'existence constituent des prestations d'assurance obligatoire puisqu'ils sont rendus obligatoires par arrêté royal.*

### Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités - Régime d'assurance maladie complémentaire - Charte de l'assuré social

*L'absence dans la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités de dispositions similaires à celles figurant dans la charte de l'assuré social et portant notamment sur l'obligation d'information et de conseil de l'institution de sécurité sociale, sur la révision, sur la récupération et sur la renonciation à l'indu ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme.*

*Pour les prestations de sécurité sociale qui résultent d'une affiliation volontaire, c'est au législateur d'apprécier s'il convient de renforcer également la protection juridique en matière d'assurance dans un régime de libre concurrence.*

**Arrêt n° 165/2012**

**N° de rôle 5386**

...

## I. Objet des questions préjudicielles et procédure

Par arrêt du 17 avril 2012 en cause de P.T. contre l'“O.A.”, dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 23 avril 2012, la Cour du travail de Liège a posé les questions préjudicielles suivantes :

1. “L'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social n'est-il pas incompatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il n'inclut pas parmi les matières de sécurité sociale concernées par la loi les assurances complémentaires devenues obligatoires visées par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités alors qu'il inclut les avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale accordés par les fonds de sécurité d'existence créant ainsi sans justification objective une discrimination entre les bénéficiaires d'avantages complémentaires à la sécurité sociale ?”;

2. “La même disposition ne crée-t-elle pas une discrimination injustifiée entre les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé qui rentrent dans le champ d'application de la Charte et ceux de l'assurance complémentaire qui en sont écartés, alors qu'ils sont pourtant tous affiliés obligatoirement en même temps aux deux régimes auprès de l'organisme assureur de leur choix ?”;

3. “Dans l'hypothèse où une réponse négative serait donnée à chacune des deux premières questions, l'absence dans la loi du 6 août 1990 susvisée de dispositions portant notamment, comme celles figurant dans la Charte de l'assuré social, sur l'obligation d'information et de conseil de l'institution de sécurité sociale, sur la révision, sur la récupération et sur la renonciation à l'indu ne crée-t-elle pas une discrimination entre les affiliés dont les droits, consistant en un avantage complémentaire à la sécurité sociale à charge d'une institution de sécurité sociale, découlent de cette législation et les assurés sociaux concernés par la Charte de l'assuré social, discrimination contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution combinés le cas échéant à l'article 14 de la C.E.D.H. créant par là une lacune non justifiée objectivement et qui pourrait être aisément comblée en complétant la législation déficiente par référence aux dispositions de la Charte de l'assuré social ?”.

...

**B.1.** L'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la “charte” de l'assuré social dispose :

“Pour l'exécution et l'application de la présente loi et de ses mesures d'exécution, on entend par :

1° Sécurité sociale :

- a) l'ensemble des branches reprises à l'article 21 de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, y compris celles de la sécurité sociale des marins de la marine marchande et des ouvriers mineurs
- b) l'ensemble des branches visées sous le a), dont l'application est étendue aux personnes occupées dans le secteur public, et les branches du secteur public qui remplissent une fonction équivalente aux branches visées sous le a)
- c) l'ensemble des branches reprises à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants
- d) l'ensemble des branches reprises à l'article 12 de la loi du 17 juillet 1963 relative à la sécurité sociale d'outre-mer ou visées par la loi du 16 juin 1960 plaçant sous le contrôle et la garantie de l'État belge des organismes gérant la sécurité sociale des employés du Congo belge et du Ruanda-Urundi et portant garantie par l'État belge des prestations sociales assurées en faveur de ceux-ci

- e) l'ensemble des branches du régime d'aide sociale constitué par les allocations aux handicapés, le droit à un minimum de moyens d'existence, l'aide sociale, les prestations familiales garanties et le revenu garanti aux personnes âgées
  - f) l'ensemble des avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale visée au *littera* a), accordés, dans les limites de leurs statuts, par les fonds de sécurité d'existence visée au 2°, *littera* c)
  - g) l'ensemble des règles relatives à la perception et au recouvrement des cotisations et des autres ressources contribuant au financement des branches et avantages précités
- 2° Institution de sécurité sociale :
- a) les ministères, les institutions publiques de sécurité sociale ainsi que tout organisme, autorité ou toute personne morale de droit public qui accorde des prestations de sécurité sociale
  - b) les institutions coopérantes de sécurité sociale, c'est-à-dire les organismes de droit privé, autres que les secrétariats sociaux d'employeurs (et les offices de tarification des associations de pharmaciens), agréés pour collaborer à l'application de la sécurité sociale
  - c) les fonds de sécurité d'existence institués, en vertu de la loi du 7 janvier 1958, par conventions collectives de travail conclues au sein des commissions paritaires et rendues obligatoires par le Roi, dans la mesure où ils accordent des avantages complémentaires visés au 1°, *littera* f)
  - d) les personnes chargées par les institutions de sécurité sociale visées aux a), b) et c) de tenir à jour un répertoire particulier des personnes visé à l'article 6, alinéa 2, 2°, de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la sécurité sociale.
- 3° Personnes : les personnes physiques, leurs représentants légaux ou leurs mandataires, les associations dotées ou non de la personnalité civile et toutes institutions ou administrations publiques
- 4° Données sociales : toutes données nécessaires à l'application de la sécurité sociale
- 5° Données sociales à caractère personnel : toutes données sociales concernant une personne physique identifiée ou identifiable
- 6° Données médicales à caractère personnel : toutes données sociales concernant une personne physique identifiée ou identifiable et dont on peut déduire une information sur l'état antérieur, actuel ou futur de sa santé physique ou psychique, à l'exception des données purement administratives ou comptables relatives aux traitements ou aux soins médicaux
- 7° Assurés sociaux : les personnes physiques qui ont droit à des prestations sociales, qui y prétendent ou qui peuvent y prétendre, leurs représentants légaux et leurs mandataires
- 8° Décision : l'acte juridique unilatéral de portée individuelle émanant d'une institution de sécurité sociale et qui a pour but de produire des effets juridiques à l'égard d'un ou de plusieurs assurés sociaux."

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, modifier les notions :

- 1° “sécurité sociale”
- 2° “institution de sécurité sociale”
- 3° “personnes”
- 4° “données sociales”
- 5° “données à caractère personnel”
- 6° “données médicales à caractère personnel”
- 7° “assurés sociaux”
- 8° “décision”.

**B.2.** Avant sa modification par l'article 2 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), l'article 3 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités disposait :

“Les mutualités doivent instaurer au moins un service qui a pour but :

- a) la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, réglées par la loi coordonnée du 14 juillet 1994, précitée, pour autant qu'elles aient reçu dans ce but une autorisation de l'union nationale
- b) l'intervention financière pour leurs membres et les personnes à leur charge, dans les frais résultant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité ou l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou lorsque se produit une situation en vertu de laquelle le bien-être physique, psychique ou social visé à l'article 2 peut être encouragé
- c) l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social, entre autre par l'accomplissement des missions visées sous a) et b).

Elles ne pourront obtenir ou maintenir la personnalité juridique qu'à condition de participer à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités visée sous a) et d'instituer au moins des services visés sous b)”.

L'article 2 de la loi du 26 avril 2010 précitée a inséré dans cette disposition les alinéas 2, 3 et 5 suivants :

“Les services visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, b) ou c), constituent des opérations au sens de l'article 2, 2, b), de la 1<sup>ère</sup> directive du Conseil portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice (73/239/CEE) et doivent répondre aux critères repris à l'article 67, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

Les mutualités ne peuvent pas organiser des services qui constituent des assurances maladies au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances ni organiser une couverture des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de l'arrêté royal précité.

[...]

Les services visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, a), b) et c) constituent des services d'intérêt général".

Elle a, par ailleurs, remplacé à l'alinéa 2 ancien, devenant l'alinéa 4, les mots "visée sous a) et d'instituer au moins un des services visés sous b)" par les mots "visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, a) et d'instituer au moins un service visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, b)".

**B.3.** Il ressort des faits de la cause soumise au juge *a quo* et des motifs de la décision de renvoi que ce juge est saisi d'une demande d'une mutualité visant à obtenir la récupération d'un indu pour des remboursements de prestations de logopédie datant de 2007 et 2008, accordés par l'assurance maladie complémentaire. Le juge est dès lors amené à prendre en compte dans cette affaire l'article 3 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, avant sa modification par la loi du 26 avril 2010 précitée.

**B.4.** Le juge *a quo* interroge la Cour sur la compatibilité de l'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social avec les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il n'inclut pas parmi les matières de sécurité sociale concernées par cette loi les assurances complémentaires devenues obligatoires visées par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités alors qu'il inclut, d'une part, les avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale accordés par les fonds de sécurité d'existence (première question préjudicielle) et qu'il vise, d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, mais pas ceux de l'assurance complémentaire, alors qu'ils sont pourtant tous affiliés obligatoirement en même temps aux deux régimes auprès de l'organisme assureur de leur choix (deuxième question préjudicielle).

Le juge interroge encore la Cour, dans l'hypothèse où une réponse négative serait donnée aux deux premières questions, sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution combinés le cas échéant avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, de l'absence dans la loi du 6 août 1990 susvisée de dispositions portant notamment, comme celles figurant dans la charte de l'assuré social, sur l'obligation d'information et de conseil de l'institution de sécurité sociale, sur la révision, sur la récupération et sur la renonciation à l'indu.

**B.5.** En instituant la charte de l'assuré social, le législateur entendait instaurer pour les assurés sociaux un système garantissant la sécurité juridique. Il poursuivait le but de "réaliser une meilleure prise en charge de l'assuré social dont l'exercice des droits requiert trois conditions préalables : connaître l'existence du droit, vouloir en bénéficier, pouvoir en demander l'application" (Doc. parl., Chambre, S.E. 1991-1992, n° 353/1, pp. 1-2). "Il n'est que normal de faire bénéficier de leurs droits sociaux les gens qui ne les connaissent pas. L'importance de ce triple préalable est fondamentale en ce qui concerne l'accès à la sécurité sociale. Un accès optimal et une meilleure transparence sont indispensables à un fonctionnement efficace de la sécurité sociale" (*ibid.*, p. 1). "Cette charte doit non seulement améliorer pour les bénéficiaires de prestations sociales la possibilité d'exercer leurs droits vis-à-vis de l'administration mais prioritairement permettre de lutter contre la pauvreté et la précarité. En effet, les problèmes les plus cruciaux sont les difficultés que rencontrent les plus pauvres et les plus démunis à faire reconnaître leurs droits" (*ibid.*, p. 2).

Pour définir le champ d'application de la loi instituant la "charte" de l'assuré social, le législateur a repris les définitions inscrites à l'article 2 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale (*ibid.*, p. 4).

Il résulte des travaux préparatoires de cette loi que l'inclusion dans le champ d'application de cette loi des fonds de sécurité d'existence et des avantages qu'ils accordent en complément aux prestations assurées par la sécurité sociale des travailleurs salariés se justifie "pour des raisons fonctionnelles".

“Cette intégration est cependant subordonnée aux conditions suivantes :

- il doit s’agir de fonds de sécurité d’existence institués en vertu de la loi du 7 janvier 1958 par les Commissions paritaires, par convention collective de travail rendue obligatoire
- cela doit concerner des avantages complémentaires de sécurité sociale, accordés par ces fonds dans les limites de leurs statuts, à l’exclusion donc des autres missions éventuellement remplies par les fonds de sécurité d’existence
- le système se limite aux personnes physiques qui peuvent bénéficier des avantages accordés par ces fonds et aux membres de leur ménage” (Doc. parl., Chambre, 1988-1989, n° 899/1, pp. 13 et 14).

Quant aux deux premières questions préjudicielles

**B.6.1.** Il découle des travaux préparatoires cités en B.5 que le législateur a voulu renforcer la protection juridique des assurés sociaux dès lors qu’ils font valoir un droit relevant de la sécurité sociale. La notion de sécurité sociale est définie à l’article 2, 1<sup>o</sup>, de la loi en cause, les institutions de sécurité sociale étant définies par le 2<sup>o</sup> de cette disposition qui vise, en tant qu’ “institutions coopérantes”, les mutualités en leur qualité d’organismes assureurs dans le cadre de l’assurance obligatoire. Le législateur a entendu ainsi établir un régime différencié pour les droits qui relèvent de l’assurance obligatoire.

**B.6.2.** Outre la mission qu’elles exercent dans le cadre de l’assurance obligatoire, les mutualités pouvaient également offrir des services d’assurance complémentaire sur la base de l’article 3 de la loi du 6 août 1990 précité. En ne visant pas ces assurances complémentaires offertes par les mutualités, telles qu’elles existaient avant l’entrée en vigueur de la loi du 26 avril 2010, le législateur a pris une mesure pertinente au regard du but poursuivi, dès lors que l’assurance complémentaire est liée au choix de l’assuré de s’affilier à une mutuelle déterminée. Une telle assurance ne relève pas d’un régime de sécurité sociale obligatoire mais vient compléter sur une base volontaire les assurances obligatoires prévues par le régime de sécurité sociale dans le domaine de la santé. L’affiliation à ces assurances complémentaires n’est pas rendue obligatoire par la loi. Si, dans certains cas, elle est rendue obligatoire par l’application des statuts de la mutualité, cette obligation résulte de l’affiliation volontaire de l’assuré.

**B.6.3.** Concernant la première question préjudicielle, il doit en outre être relevé qu’à la différence des assurances complémentaires dont le bénéfice est lié au libre choix de l’affilié, les avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale, accordés, dans les limites de leurs statuts, par les fonds de sécurité d’existence constituent des prestations d’assurance obligatoire puisqu’ils sont rendus obligatoires par arrêté royal, conformément à la loi du 7 janvier 1958 concernant les Fonds de sécurité d’existence. C’est donc en conformité avec l’objectif poursuivi que le législateur a inclus ces avantages complémentaires dans la notion de sécurité sociale, au sens de l’article 2 de la loi du 11 avril 1995 en cause.

**B.7.** Les deux premières questions préjudicielles appellent dès lors une réponse négative.

Quant à la troisième question préjudicielle

**B.8.** Pour répondre à la troisième question préjudicielle, la Cour doit vérifier si l’absence dans la loi du 6 août 1990 susvisée de dispositions portant notamment, comme celles figurant dans la charte de l’assuré social, sur l’obligation d’information et de conseil de l’institution de sécurité sociale, sur la révision, sur la récupération et sur la renonciation à l’indu est compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés le cas échéant avec l’article 14 de la Convention européenne des droits de l’homme.

**B.9.** Pour la détermination de sa politique dans les matières socio-économiques, le législateur dispose d’un pouvoir d’appréciation étendu.

Pour les motifs indiqués en B.5, le législateur a voulu renforcer la protection juridique des assurés sociaux dans les secteurs relevant de la sécurité sociale obligatoire, compte tenu de la vulnérabilité de ces assurés. Les mutualités et unions nationales de mutualités sont tenues d'accorder cette protection juridique, en tant qu'institutions coopérantes, pour les prestations de sécurité sociale obligatoires.

Pour les prestations de sécurité sociale qui résultent d'une affiliation volontaire, c'est au législateur d'apprécier s'il convient de renforcer également la protection juridique en matière d'assurance dans un régime de libre concurrence.

**B.10.** La troisième question préjudicielle appelle une réponse négative.

Par ces motifs,

la Cour

dit pour droit :

1. L'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la "charte" de l'assuré social ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il n'inclut pas parmi les matières de sécurité sociale concernées par cette loi les assurances complémentaires devenues obligatoires visées par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

2. L'absence dans la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités de dispositions portant notamment, comme celles figurant dans la charte de l'assuré social, sur l'obligation d'information et de conseil de l'institution de sécurité sociale, sur la révision, sur la récupération et sur la renonciation à l'indu ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme.

...

## II. Cour du travail de Bruxelles, 22 novembre 2012

### Constitution, article 159 - Exception d'illégalité

*L'article 159 de la Constitution permet au juge, en cas d'illégalité, d'écarter l'acte administratif, mais ne l'autorise pas à l'annuler.*

*La demande d'annulation d'une décision de l'INAMI introduite hors délai doit être déclarée irrecevable, même lorsque cette demande se fonde sur l'article 159 de la Constitution.*

### Décision de l'INAMI - Notification par organisme assureur - Acte administratif

*La notification d'un organisme assureur qui reprend le contenu d'une décision de fin d'incapacité de l'INAMI et ne fait pas suite à une nouvelle demande de reconnaissance de fin d'incapacité constitue une seconde notification de la décision déjà notifiée par l'INAMI.*

*Une notification ne peut pas être considérée comme une décision lorsqu'elle n'emporte aucune modification du statut juridique de l'intéressé et qu'elle ne crée ni ne supprime aucun droit à l'intéressé.*

R.G. n° 2010/AB/556  
A. B. c./O.A. et INAMI

...

## II. Antécédents

1. Monsieur ..., né le 20 décembre 1962 en Tunisie, a effectué des études secondaires comme électricien. Il cite comme professions exercées : électricien, gros œuvre, nettoyeur.

Il a été en incapacité de travail suite à un accident du travail en 2001; l'incapacité de travail est prise en charge par l'assureur-loi jusqu'au 3 mars 2003 (lombalgies); l'incapacité permanente partielle (IPP) fixée d'abord à 6 % (après expertise) par jugement du 29 juin 2004 sera portée ultérieurement, à 8 % suite à une action en révision (jugement du 30.06.2009 - pièce 7 dossier appelant).

Monsieur ... a bénéficié d'une autorisation d'exercer une activité (à temps partiel) à partir du 1<sup>er</sup> mars 2004 (activité de nettoyage).

Il est en incapacité de travail à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2005. Un accident du roulage survient en novembre 2005 (whiplash) qui donne lieu à une nouvelle IPP de 3 % (pathologie cervicale).

2. Par décision du 21 juin 2007 (dossier administratif INAMI, déposé le 08.06.2011 : pièce 1), la Commission régionale du Conseil médical de l'invalidité (CMI), après avoir entendu et examiné l'appelant, estime que celui-ci ne répond plus aux conditions de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 à partir du 2 juillet 2007.

La décision mentionne :

- *"les lésions ou troubles fonctionnels que vous présentez n'entraînent pas une réduction des 2/3 de votre capacité de gain évaluée par votre catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée : travail adapté épargnant le port de charges lourdes".*

Cette décision est notifiée à Monsieur ... par pli recommandé le 21 juin 2007.

3. Le 1<sup>er</sup> août 2007, l'intéressé reçoit de l'organisme assureur [...] un courrier selon lequel il n'est *"plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 à partir du 2 juillet 2007, étant donné que :*

- *"les lésions ou troubles fonctionnels que vous présentez n'entraînent pas une réduction des 2/3 de votre capacité de gain évaluée par votre catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi précitée".*

Cette notification se présente sous le nom d'un médecin conseil ; elle n'est pas signée.

4. Le 4 octobre 2007, Monsieur ... introduit un recours auprès du Tribunal du travail de Bruxelles. La requête originaire est dirigée contre [...] et fait état de la notification du 1<sup>er</sup> août 2007. L'INAMI est intervenu volontairement à la cause devant le tribunal du travail en novembre 2008. Le jugement entrepris est rendu le 6 mai 2010. Ce jugement est notifié aux parties par pli remis à la Poste le 17 mai 2010.

### III. Discussion

1. Monsieur ... demande l'annulation de la décision de l'INAMI notifiée le 21 juin 2007 et de la décision de l'O.A. notifiée le 1<sup>er</sup> août 2007. Les deux notifications litigieuses concernent une fin d'incapacité (fin d'invalidité) à partir du 2 juillet 2007. Monsieur ... soutient être en incapacité de travail à cette date.

Monsieur ... ne soutient pas avoir introduit une nouvelle demande de reconnaissance d'incapacité de travail auprès de son organisme assureur, depuis le 2 juillet 2007.

#### III. 1. Recours contre l'INAMI

2. Monsieur ... demande d'annuler la décision de l'INAMI notifiée le 21 juin 2007.

Le premier juge a considéré qu'il ne peut être question d'irrecevabilité du recours à l'égard de l'INAMI dès lors que la décision de l'INAMI n'a pas fait l'objet du recours.

Monsieur ... ne conteste pas l'absence de recours contre la décision de l'INAMI dans le délai requis. Sa thèse est que la décision de l'O.A. se réfère à celle de l'INAMI et que, son recours contre la décision de l'O.A. équivaut à une contestation des deux décisions litigieuses. Il se fonde sur l'article 159 de la Constitution. Il soutient que la motivation de la décision de l'INAMI est illégale en ce qu'elle se fonde sur le fait qu'il était apte à reprendre le travail le 2 juillet 2007 et qu'elle doit dès lors être annulée.

L'INAMI y oppose la tardiveté du recours en tant qu'il est dirigé contre lui. Il conteste que la portée de sa décision puisse être limitée par un courrier de l'organisme assureur, par ailleurs envoyé par erreur.

3. La notification de l'O.A. peut-elle faire renaître un droit de recours contre la décision de l'INAMI ? La réponse est à nuancer.

L'article 159 de la Constitution permet au juge, à tout moment, d'exercer un contrôle de légalité des actes administratifs. L'illégalité de l'acte peut être dénoncée par voie incidente (cf. Cass., 21.04.1988, Pas., 1988, I, p. 983, concl. B. JANSSENS DE BISTHOVEN Cass., 21.04.1988, R.G. 7535 ( Bull. et Pas., 1988, I, n° 504) et les conclusions de M. l'avocat général Janssens de Bisthoven et Cass., 24.11.1988, R.G. 8242 (Bull. et Pas., 1989, I, n° 180 et R.C.J.B., 1990, p. 402, note P. QUERTAINMONT; Cass., 19.10.1989, Pas., 1990, I, p. 207) sans limitation de délai, pour autant que la contestation principale soit introduite dans le délai et que l'acte dont l'illégalité est invoquée ait un rapport avec la contestation principale. En cas d'illégalité, l'acte doit être écarté.

Il en résulte que l'article 159 de la Constitution permet le cas échéant d'écarter la décision de l'INAMI; il n'autorise pas le juge à annuler cette décision. La demande d'annuler la décision de l'INAMI est irrecevable, parce qu'introduite hors délai. L'exception d'illégalité fondée sur l'article 159 de la Constitution ne permet pas d'arriver à une autre conclusion.

En conséquence, l'appel de Monsieur ..., en ce qu'il vise à annuler la décision de l'INAMI du 21 juin 2007, sera déclaré non fondé.

#### III. 2. Recours contre l'O.A.

4. Le premier juge a déclaré non fondé le recours de Monsieur ...

L'appelant maintient en appel sa contestation d'ordre médical, à savoir une incapacité de travail au 2 juillet 2007. L'INAMI y oppose que si la décision de l'O.A., venait à être annulée par la cour, cela ne remettrait pas en cause la décision de fin d'incapacité notifiée le 21 juin 2007. Elle met en doute que la notification de l'O.A. puisse être considérée comme un acte administratif.

5. La contestation a été introduite dans le délai de trois mois à partir d'une notification faite par l'O.A..

Toute notification n'est pas une décision.

La cour n'identifie pas quelle décision l'appelant demande d'annuler, hormis celle de l'INAMI. L'INAMI soulève à bon droit qu'aucune décision de l'organisme assureur n'est produite.

L'O.A. (courrier du 28.07.2010) a signalé que le document de fin d'incapacité de travail transmis en date du 1<sup>er</sup> août 2007 était une erreur administrative et se référait, en réalité, à la décision de l'INAMI.

Effectivement, la notification de l'O.A. reprend le contenu de la décision de l'INAMI.

Cette notification n'emporte aucune modification du statut juridique de l'intéressé; elle ne crée ni ne supprime aucun droit à l'intéressé. Monsieur ... avait déjà reçu la notification de la décision de fin d'incapacité de l'INAMI. L'appelant ne soutient pas avoir introduit une (nouvelle) demande de reconnaissance d'incapacité auprès de l'O.A. lors de la réception de la décision de l'INAMI.

En réalité, le courrier de l'O.A. est une seconde notification de la même décision de fin d'incapacité déjà notifiée par l'INAMI. La demande d'annuler la décision de l'O.A. doit, dès lors, en toute hypothèse, être rejetée, l'O.A. n'ayant pris aucune décision.

...

### III. Cour du travail de Bruxelles, 7 janvier 2013

#### Compétence liée - Office du juge

*L'usage du verbe "pouvoir" n'est pas déterminant pour conclure à l'existence d'une compétence discrétionnaire et empêcher les juridictions du travail de contrôler une décision lorsque l'exercice de cette compétence est soumise à des conditions précises et objectives dont le respect peut être vérifié en droit sans qu'il faille avoir recours à des critères d'opportunité.*

*Si le verbe "pouvoir" peut exprimer une faculté, il peut également signifier que l'administration est compétente pour statuer sur cet octroi, sous le contrôle des juridictions du travail.*

#### Action en garantie - Responsabilité civile - Imputabilité

*La partie contre laquelle une action en garantie a été introduite, in casu l'INAMI, peut uniquement être condamné lorsque la partie demanderesse prouve l'existence d'une faute qui serait en outre imputable à l'INAMI.*

R.G. n° 2008/AB/51219  
COCOF c./INAMI – G.Cl., G.P., G.E., G.C., G. J.-O. et INAMI

...

## II. Examen de la contestation

### 1. La demande de Monsieur ... contre la COCOF

La COCOF doit payer 4 554,2188 EUR aux héritiers de Monsieur ...

Cette décision est motivée par les raisons suivantes :

#### 1.1. LA RÈGLE APPLICABLE EST L'ARTICLE 29BIS DE L'ARRÊTÉ

La demande, telle qu'elle a été réduite dans la note d'audience déposée par les héritiers de Monsieur ..., porte exclusivement sur du matériel qui n'est pas visé par la nomenclature de l'INAMI.

C'est dès lors l'article 29bis de l'arrêté n° 99/262/A du 25 février 2000 du Collège de la Commission communautaire française relatif aux dispositions individuelles d'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées mises en œuvre par le Service bruxellois francophone des personnes handicapées qui trouve à s'appliquer, dans sa version en vigueur le 29 novembre 2006 (voyez l'arrêt du 17.01.2011).

#### 1.2. EXAMEN DES CONDITIONS FIXÉES PAR L'ARTICLE 29BIS DE L'ARRÊTÉ

Les conditions d'intervention fixées par l'article 29bis de l'arrêté sont les suivantes :

- les limites budgétaires : il n'est pas allégué que cette condition poserait problème en l'espèce
- les conditions générales du décret et de l'arrêté : elles sont fixées par les articles 24 et 25 du décret du 4 mars 1999. En vertu de ces dispositions, l'aide doit :
  - favoriser l'intégration sociale de la personne handicapée
  - être nécessaire à l'intégration de la personne handicapée
  - couvrir uniquement les frais qui, en raison de la déficience de la personne, sont indispensables à son intégration
  - couvrir des frais qui constituent des dépenses supplémentaires par rapport à celles encourues par une personne valide dans des circonstances identiques
- l'aide doit être nécessaire et indispensable à l'intégration sociale et professionnelle de la personne
- le montant de l'aide ne peut être supérieur à 15.000 EUR. Ce montant n'est pas excédé en l'occurrence.

La seule condition qui reste à vérifier en l'espèce est le caractère nécessaire et indispensable des accessoires demandés pour l'intégration sociale et professionnelle de Monsieur ...

Ces accessoires permettaient à Monsieur ... atteint d'une tétraplégie complète causée par la sclérose en plaques, de se déplacer sans l'aide d'une tierce personne, ce qui aurait été impossible sans ce matériel.

Pouvoir se déplacer sans l'intervention d'un tiers relève sans conteste des conditions nécessaires à l'intégration sociale, et non d'un simple confort pour la personne handicapée. Le matériel qui permet ce déplacement autonome qui, sans lui, serait impossible, constitue donc une aide nécessaire et indispensable à l'intégration sociale et professionnelle.

La demande de Monsieur ... répond dès lors aux conditions fixées par l'article 29bis de l'arrêté.

### 1.3. ÉTENDUE DU CONTRÔLE DU JUGE SUR L'APPLICATION DE L'ARTICLE 29BIS DE L'ARRÊTÉ

C'est en vain que la COCOF oppose qu'elle détiendrait une compétence discrétionnaire pour l'application de l'article 29bis, de sorte que les juridictions du travail seraient sans pouvoir pour vérifier l'application correcte de cette disposition par la COCOF.

En effet, la compétence discrétionnaire est d'exception. En règle générale, dans les matières qui relèvent de sa compétence, le juge doit exercer un contrôle de pleine juridiction sur les décisions administratives qui lui sont soumises : "Lorsque le législateur confie aux cours et tribunaux la connaissance de contestations relatives à des droits subjectifs (...), la fonction juridictionnelle doit pouvoir s'exercer intégralement (...) il ne pourrait en être autrement que si le législateur avait expressément entendu limiter le pouvoir d'appréciation des juges" (conclusions de l'Avocat Général Janssens de Bisthoven avant Cass., 01.10.1992, Pas., p.1107; Cass., 24.01.2000, JTT, p. 170. Cass., 13.09.2004, CDS, 2006, p. 8).

Il n'est pas contesté que les juridictions du travail sont compétentes pour connaître de la décision litigieuse. Ni le décret du 4 mars 1999, ni l'arrêté du 25 février 2000 ne confèrent expressément un caractère discrétionnaire à la compétence de l'administration, chargée d'octroyer les aides en vertu de l'article 29bis de l'arrêté (voyez, dans le même sens, C. trav. Bruxelles, 16.06.2008, inédit, R.G. n° 49.847). Au contraire, l'article 29bis fixe pour cet octroi des conditions précises et objectives, rappelées ci-dessus, dont le respect peut être vérifié en droit sans qu'il faille avoir recours à des critères d'opportunité susceptibles d'être laissés à l'appréciation de l'administration.

Le refus d'intervention opposé par la COCOF ne s'appuie pas sur des motifs d'opportunité. Le respect des conditions objectives fixées par l'arrêté pour l'octroi des interventions doit être vérifié par les juridictions du travail.

L'usage, à l'article 29 de l'arrêté, du terme "peut" ("*une intervention peut être accordée*") n'est pas déterminant pour conclure à l'existence d'une compétence liée de la COCOF et empêcher les juridictions du travail de contrôler sa décision. En effet, si le verbe pouvoir peut exprimer une faculté, il exprime également une compétence (M. DELANGE, "Les pouvoirs du juge dans le droit de la sécurité sociale" in Questions de droit social, CUP, Liège, 2002, p. 92; Cass., 17.05.1978, Pas., p. 1052). L'utilisation de ce verbe n'indique donc pas nécessairement que l'administration aurait la faculté, et non l'obligation, d'octroyer une aide lorsque ses conditions d'octroi sont remplies. Il peut également signifier que l'administration est compétente pour statuer sur cet octroi, sous le contrôle des juridictions du travail.

#### 1.2.2.4. Application de l'article 30 de l'arrêté

L'article 30 de l'arrêté ne fait pas obstacle, en l'espèce, à l'octroi de l'aide à laquelle Monsieur ... a droit en vertu de l'article 29bis.

En effet, l'article 30 interdit l'octroi d'une aide couvrant des frais qui ont déjà fait l'objet d'une autre indemnisation.

Tel n'est pas le cas en l'espèce. Monsieur ... n'a reçu aucune aide ni indemnisation pour les accessoires ajoutés à sa voiturette, non repris dans la nomenclature INAMI.

### 1.4. CONCLUSION

La décision prise par la COCOF n'a pas fait une application correcte de la législation et de la réglementation, dans la mesure où elle a refusé l'octroi d'une intervention couvrant les frais relatifs à des adaptations de la voiturette, non prévues par la nomenclature de l'INAMI, soit 4.554,2188 EUR.

Cette intervention doit être accordée aux héritiers de Monsieur ... à titre d'aide individuelle à l'intégration. Les intérêts sont dus au taux légal à partir de la date de l'introduction de l'instance, soit le 2 avril 2007.

## 2. La demande de la COCOF contre l'INAMI

La COCOF demande à la Cour du travail de condamner l'INAMI à la garantir de toute condamnation qui serait portée à sa charge.

Cette demande n'est pas fondée.

Cette décision est motivée par les raisons suivantes :

La COCOF reproche à l'INAMI d'établir une nomenclature trop restrictive qui ne couvre pas suffisamment les frais relatifs aux voiturettes et à leurs accessoires, de sorte qu'une partie de la charge d'indemnisation que l'INAMI devrait assurer est déplacée sur la COCOF.

Les obligations à assumer par l'INAMI à l'égard des assurés sociaux sont déterminées avec précision par la législation et la réglementation en matière d'assurance maladie invalidité. Il n'est pas allégué que l'INAMI ne respecterait pas ces règles.

La nomenclature qui définit les conditions d'intervention de l'INAMI est fixée par l'État belge au moyen d'un arrêté royal, et non par l'INAMI lui-même (art. 35, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités). Le caractère prétendument trop restrictif de cette nomenclature n'est dès lors, en droit, pas imputable à l'INAMI.

Un protocole relatif à l'instauration d'une procédure simplifiée en matière d'octroi de remboursement ou d'intervention d'aides dans le cadre des chaises roulantes a été conclu le 31 mars 2003 entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions. Le gouvernement fédéral s'y est engagé à associer de manière permanente les Fonds des Communautés et des Régions à l'élaboration de la nomenclature relative aux chaises roulantes, via un Conseil technique des voiturettes chargé de donner un avis. À nouveau, la Cour relève que c'est en droit l'État fédéral, et non l'INAMI, qui a pris certains engagements dans le cadre de ce Protocole. Le prétendu non respect du Protocole relève dès lors en droit de la responsabilité de l'État, et non de l'INAMI.

Enfin, la COCOF fait valoir que l'INAMI ou les organismes assureurs ne respectent pas l'obligation de notifier aux destinataires de leurs décisions les voies judiciaires de recours ouvertes contre celles-ci, évitant ainsi dans de très nombreux cas la vérification judiciaire de la validité des décisions. Or, la décision de prise en charge du coût de la voiturette dans les limites fixées par la nomenclature a été prise et notifiée à Monsieur ... par son organisme assureur, et non par l'INAMI. La prétendue irrégularité de la notification, en ce qu'elle n'aurait pas dûment indiqué les voies de recours ouvertes contre la décision, est imputable à l'organisme assureur et non à l'INAMI.

En conclusion sur ce point, la COCOF n'établit pas la responsabilité de l'INAMI dans le préjudice qu'elle fait valoir du fait de sa condamnation à prendre en charge de l'aide individuelle litigieuse en faveur de feu Monsieur ...

L'action en garantie n'est pas fondée.

...

## IV. Cour du travail de Gand, section de Gand, 12 novembre 2012

Droit judiciaire, articles 782 et 785 - Jugement - Nullité  
Droit judiciaire, article 973, § 1<sup>er</sup> - Expertise - Caractère contradictoire

*Un jugement qui n'a pas été signé par un des juges qui l'a rendu et dans lequel le greffier n'a pas constaté l'impossibilité pour ce juge de signer le jugement viole l'article 782 et l'article 785 du Code judiciaire, si bien que le jugement doit être déclaré nul.*

*Het naar buiten sturen van de te onderzoeken sociaal verzekerde, in casu appellante, opdat de geneesheer-deskundige en de adviserend geneesheer van het RIZIV onder elkaar zouden kunnen overleggen, is strijdig met de beginselen van tegenspraak. Door een dergelijke gang van zaken wordt een schijn van afwezigheid van tegenspraak verwekt en kan met het deskundigenverslag en de erin vervatte bevindingen geen rekening worden gehouden.*

R.G. n° 2011/AG/345  
H.K. c./INAMI

...

### 3.2. De nietigheid van het vonnis van 3 november 2011

3.2.1. Partijen werden op de openbare zitting van 8 oktober 2012 gehoord over het door het hof ambtshalve opgeworpen middel van de nietigheid van het eindvonnis van 3 november 2011 van de arbeidsrechtbank te Gent van de zevende kamer, wegens strijdigheid met de artikelen 782 en 785 van het Gerechtelijk Wetboek.

Het bestreden vonnis van 3 november 2011 vermeldt dat het werd gewezen door mevrouw A.M. L., rechter in de arbeidsrechtbank, de h. E. S., rechter in sociale zaken benoemd als werkgever en de h. G. A., rechter in sociale zaken benoemd als werknemer-arbeider, bijgestaan door mevrouw A. De C., griffier.

Blijkens het vonnis van 3 november 2011 werd bij beschikking van 31 oktober 2011 van de voorzitter van de arbeidsrechtbank, die formeel niet terug te vinden is in het dossier van de rechtspleging, de h. M. W., rechter in sociale zaken aangewezen om de h. E. S., rechter in sociale zaken, wettig verhinderd te vervangen bij het ondertekenen van dit vonnis.

Het vonnis van 3 november 2011 werd dus niet ondertekend door de h. E. S., rechter in sociale zaken benoemd als werkgever die het (mee) heeft gewezen maar door de h. M. W. eveneens rechter in sociale zaken benoemd als werkgever.

3.2.2 Artikel 782, eerste lid Gerechtelijk Wetboek bepaalt dat het vonnis voor de uitspraak wordt ondertekend door de rechters die het hebben gewezen en door de griffier.

Indien de voorzitter of een van de rechters in de onmogelijkheid verkeert om het vonnis te ondertekenen, hetgeen hier kennelijk het geval was daar de h. E. S. wettig verhinderd was, dan volstond het dat de griffier hiervan overeenkomstig artikel 785 Ger. W. melding aanbracht onderaan op het vonnis; in dat geval was en is de beslissing geldig met de handtekening van de overige rechters die het vonnis hebben uitgesproken.

Dit is niet gebeurd vermits deze onmogelijkheid kennelijk werd vastgesteld door de voorzitter van de arbeidsrechtbank te Gent in de voornoemde beschikking van 31 oktober 2011.

Wanneer een rechter in de onmogelijkheid verkeert om de beslissing te ondertekenen die hij (mede) heeft gewezen is de griffier bovendien gehouden om te handelen overeenkomstig artikel 787 Gerechtelijk Wetboek.

Door de wet van 26 april 2007 die voornoemde artikelen invoerde, dan wel wijzigde is het niet mogelijk om een rechter die aan het beraad heeft deelgenomen te vervangen voor het ondertekenen van het vonnis.

Voor zoveel als nodig kan worden verwezen naar het arrest van 5 februari 2010 van het Hof van Cassatie waarin werd geoordeeld dat "Een vonnis, dat gewezen is door een collegiale kamer van de rechtbank van eerste aanleg, maar dat enkel is ondertekend door de voorzitter en de griffier, zonder dat de onmogelijkheid waarin twee van de rechters zouden hebben verkeerd om het vonnis te ondertekenen wordt verantwoord is overeenkomstig artikel 785 nietig" (Cass. 05.02.2010 C.09.0377.F, [www.juridat.be](http://www.juridat.be); JLMB 2010, 414 noot zie ook Cass. 06.05.2011 C.10.0538N, Cass. 01.12.2011 C.11.0078/N en Cass. 16.04.2012, C. 11.0602.F telkens [www.juridat.be](http://www.juridat.be)).

Het bestreden vonnis van 3 november 2011 van de arbeidsrechtbank te Gent, dat niet werd ondertekend door de h. E. S., rechter in sociale zaken, die het mee heeft gewezen en waarin door de griffier niet diens onmogelijkheid werd vastgesteld om het vonnis te ondertekenen schendt artikel 782 en artikel 785 Ger. W. zodat het nietig dient te worden verklaard.

Het hof dient de zaak ten gronde hierdoor volledig te hernemen in acht genomen de tussenvonnissen van 24 mei 2007 en 4 februari 2010.

...

## V. Cour du travail d'Anvers, section d'Hasselt, 13 décembre 2012

### Droit judiciaire, articles 1054 et 1056 - Appel incident - Qualité des parties

*L'appel incident est l'appel qui, conformément à l'article 1054 du Code judiciaire peut être formé par la partie intimée en appel d'un appel principal ou incident dirigé contre elle. Seule la partie contre laquelle l'appelant a entamé une action a la qualité de partie intimée en appel.*

*Une partie à la cause en première instance qui n'a pas interjeté appel, qui n'a pas été citée, qui ne s'est pas portée intervenant volontaire, qui n'a pas été appelée en intervention forcée, n'est pas une partie en appel, même si elle a comparu et qu'il a été conclu contre elle.*

*Quand une partie souhaite valablement appel en tant que partie intimée contre la partie qui n'est plus partie à la cause en degré d'appel, elle doit en principe former un appel principal contre cette partie. Un tel appel principal ne peut pas être formé par conclusions mais seulement en respectant les exigences formelles prescrites par l'article 1056, 1°, 2°, 3° du Code judiciaire.*

R.G. n° 2012/AH/24  
O.A. c./L.P., INAMI et ONEm

...

## IV. Beoordeling

### IV. a Inzake de ontvankelijkheid van het hoger beroep

Het hoger beroep dat de V.I. op 19 januari 2012 bij dit hof heeft ingesteld tegen het vonnis van de arbeidsrechtbank van Tongeren van 21 december 2011, is regelmatig naar tijd en vorm.

Dit staat niet ter discussie.

Het door de V.I. ingestelde hoger beroep is ontvankelijk.

### IV. b Inzake de (on)ontvankelijkheid van het incidenteel beroep

1. In haar beroepsbesluiten van 30 april 2012 (datum neerlegging ter griffie van dit hof) heeft L. P. verzocht om akte te zien verlenen “van het instellen van haar incidenteel beroep tegen het bestreden vonnis van de arbeidsrechtbank dd. 21.12.2011 welke dossiers zijnde A.R. 11 804/4 procedure tussen P. L. en het RIZIV, A.R. 11805/a, procedure tussen P. L. tegen de RVA en A.R. 11/2262/A procedure van P. L. tegen NVSM, gevoegd”.

Het hof is van oordeel dat dit incidenteel beroep ontvankelijk is in de mate het door L. P. werd geformuleerd opzichts de V.I., zijnde de eiser in hoger beroep (appellant) die voordien zelf reeds een hoger beroep tegen L. P. had ingesteld.

Het gaat alsdan om een incidenteel beroep dat wel degelijk aan de formule daarvan beantwoordt : incidenteel (hoger) beroep is het hoger beroep dat overeenkomstig artikel 1054 Ger. W. kan worden ingesteld door de gedaagde in hoger beroep op een tegen haar ingesteld hoofd- of incidenteel beroep (vgl. K. BROECKX, Meerpartijengeschillen in hoger beroep, noot bij Cass. 01.06.2001, R.W. 2001-2002, 381-383, met verwijzingen naar andere rechtsleer).

Overeenkomstig artikel 1056, 4<sup>o</sup> Ger. W. kan dit hoger beroep ingesteld worden bij conclusie ten aanzien van iedere partij die bij het geding aanwezig of vertegenwoordigd is.

Rekening houdend met de bepalingen van artikelen 1054 en 1056, 4<sup>o</sup> Ger. W. is dit door L. P. opzichts het de V.I. ingestelde incidenteel beroep ontvankelijk.

2. Anders is het gesteld met het van L. P. uitgaande incidenteel beroep dat gericht is tegen de RVA en het RIZIV.

De RVA en het RIZIV hebben aangevoerd dat het door L. P. opzichts hen ingestelde incidenteel beroep (door hen benoemd als “incidenteel hoger beroep”) onontvankelijk is.

Hun desbetreffende standpunt komt erop neer dat door de V.I. tegen hen geen hoofdberoep zou zijn uitgebracht, zodat zij daardoor als partij niet aanwezig zouden zijn in het geding bij dit hof en zodat opzichts hen dan ook niet op geldige wijze een eis kon worden geformuleerd door L. P.

Het RIZIV heeft daaraan toegevoegd dat het incidenteel beroep van L. P. onontvankelijk is zowel wegens laattijdigheid als wegens het feit dat het enkel bij wijze van hoofdberoep (en binnen de beoepstermijn) had kunnen worden ingesteld.

L. P. heeft in haar beroepsbesluiten geen enkele tegenargumentatie vermeld inzake dit door de RVA en het RIZIV aangevoerde middel van onontvankelijkheid.

3. Artikel 1054 Ger. W. bepaalt dat de gedaagde in hoger beroep te allen tijde incidenteel beroep kan instellen “tegen alle partijen die in het geding zijn voor de rechter in hoger beroep”.

L. P. heeft zich hierbij opzichts de RVA en het RIZIV willen bedienen van een incidenteel beroep dat op die wijze verwoord werd in haar beroepsconclusie van 30 april 2012.

Het hoger beroep dat de V.I. voordien tegen het bestreden vonnis had ingesteld bij dit hof was nochtans enkel gericht tegen L. P.

Dit blijkt duidelijk uit het verzoekschrift tot hoger beroep waarbij L. P. als enige “gedaagde in hoger beroep” werd aangeduid, en waarbij deze als enige opgeroepen werd om te verschijnen voor dit hof op de (inleidings)zitting van 1 maart 2012 (stuk 1 van het dossier van de rechtspleging).

Het RIZIV en de RVA werden in de appel-akte van de V.I. niet aangezegd om te verschijnen, en werden bijgevolg door het NVSM niet als partij mee in het hoger beroep betrokken (vgl. Cass. 08.06.1984, Arr. Cass. 1983-1984, 1327. Cass. 14.11.1991, Arr. Cass. 1991-1992, 237).

Heeft enkel de hoedanigheid van gedaagde in hoger beroep, de partij ten aanzien van wie de appellant iets vorderde (Cass. 24.06.1982, Arr. Cass.1981-1982, 1340; Cass. 24.12.1990, Arr. Cass. 1990-1991, 459; vgl. S. Mosselmans, Over de partijen bij een incidenteel beroep, noot bij Cass. 04.05.2001, R.W. 2001-2002, 377-379).

Van de RVA en het RIZIV werd door de V.I. in de beroepsakte niets gevorderd; dit heeft tot gevolg dat de RVA en het RIZIV als zodanig geen betrokken partij waren in de beroepsprocedure bij dit hof.

Een partij in het geding in eerste aanleg, die niet in hoger beroep is gekomen noch gedagvaard is en die noch vrijwillig noch gedwongen is tussengekomen, is geen partij in hoger beroep, ook al is zij verschenen en werd er door en tegen haar geconcludeerd (Cass. 12.03.1980, R.W. 1980-1981, vgl. S. Mosselmans, a.w., 378).

Aangezien de RVA en het RIZIV in toepassing van het door de V.I. uitgebrachte hoger beroep (dat enkel L. P. was gericht) geen “partijen in het geding” waren voor dit arbeidshof, kon bijgevolg L. P. zich opzichts hen ook niet rechtsgeldig richten via een incidenteel beroep, aangezien dit rechtsmiddel enkel geldt ten aanzien van de partijen die in het geding zijn voor de rechter in hoger beroep.

Het incidenteel beroep waarvan L. P. opzichts de RVA en het RIZIV gewag maakt, is dienvolgens opzichts deze partijen niet toelaatbaar. Het is onontvankelijk.

4. Wanneer L. P. rechtsgeldig hoger beroep had willen instellen tegen de partijen die in graad van beroep niet meer in het geding waren, zijnde de RVA en het RIZIV, dan had zij daartoe in principe een hoofdberoep dienen in te stellen tegen deze partijen (vgl. P. Van Rillaer, Het lot van het incidenteel beroep na een nietig of te laat ingesteld, een ontoelaatbaar of een beperkt hoofdberoep, R.W. 2001-2002, 45).

Een dergelijk hoofdberoep is niet mogelijk middels conclusies aangezien de daarvoor door artikel 1056, 4<sup>o</sup> Ger. W. gestelde voorwaarde – het in het geding zijn van de partij(en) ten aanzien van wie het gericht is – niet was vervuld (vgl. P. Van Rillaer, a.w. 45, met verwijzing naar A. Kohl, L'appel en droit judiciaire privé, Brussel, Swinnen, 1990, 243, nrs 644 en 634).

Dit leidt tot de beoordeling dat het via conclusies door L. P. opzichts de RVA en het RIZIV eventueel geformuleerde hoger beroep – en vanuit de veronderstelling dat de door L. P. in haar beroepsconclusie als incidenteel beroep aangeduide handeling al als een “hoger beroep” vermag te worden aangemerkt – formeel evenmin rechtsgeldig was ingesteld.

Het eventueel rechtsgeldig instellen van een dergelijk hoger beroep was enkel mogelijk middels de daartoe door artikel 1056, 1<sup>o</sup>-2<sup>o</sup>-3<sup>o</sup> Ger. W. voorgeschreven vormen (deurwaardersakte, verzoekschrift, bij ter post aangetekende brief), en deze voorwaarden werden hier niet nageleefd.

Er dient te worden aangenomen dat de wijzen van inleiding van een hoger beroep regels van rechterlijke organisatie betreffen die dientengevolge de openbare orde aanbelangen. Er kan niet van worden afgeweken; artikelen 860 e.v. Ger. W. zijn niet van toepassing op de schending van artikel 1056 Ger. W.

Niet rechtsgeldig ingesteld zijnde als hoofdberoep, is er bijgevolg ook vanuit die analyse sprake van een onontvankelijk hoger beroep.

Bijkomend kan daaraan worden toegevoegd dat, toen L. P. bedoeld hoger beroep (hypothetisch) formuleerde, de beroepstermijn van één maand om hoger beroep in te stellen (art. 1051 Ger. W.) reeds ruimschoots verstreken was, zodat er ook vanuit die hypothese sowieso sprake zou zijn geweest van de onontvankelijkheid van het hoger beroep indien dit desgevallend wel op een formeel correcte wijze opzichts de RVA en het RIZIV zou zijn uitgebracht.

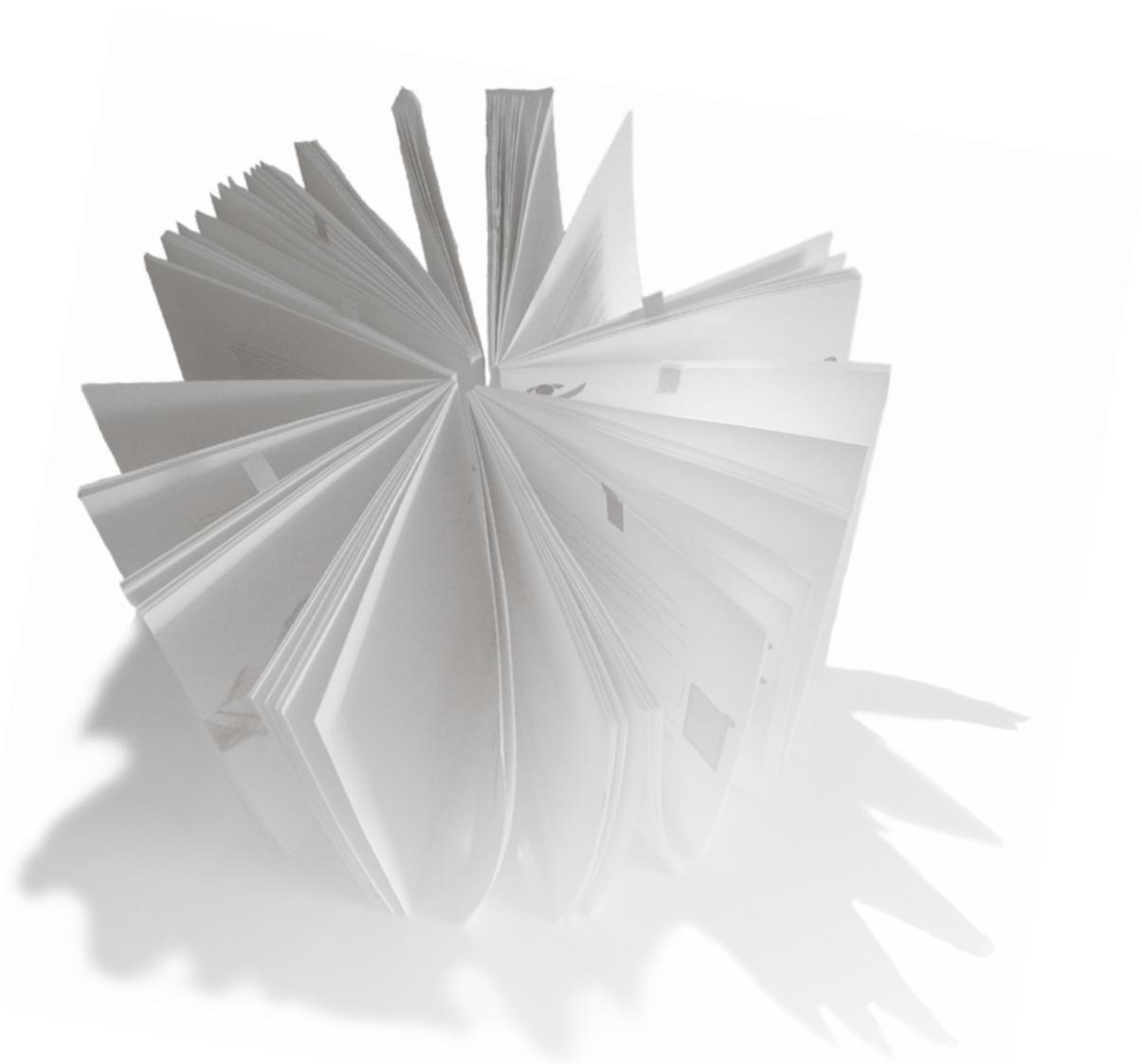
Kortom : het door L. P. opzichts de RVA en het RIZIV uitgebrachte incidenteel dan wel hoger beroep is onontvankelijk.

5. In het licht van de voorgaande beoordeling inzake de onontvankelijkheid van het incidenteel dan wel hoger beroep met betrekking tot deze aspecten, gaat het hof logischerwijze niet verder in op de inhoudelijke beoordeling ("ten gronde") van het tussen L. P. en de RVA en het RIZIV bestaande dispuut.

...



4<sup>e</sup> Partie  
Questions et réponses  
parlementaires



# I. Fonds des accidents médicaux (FAM)

## Indemnisation des dommages résultant de soins de santé – Ayants droit

Question n° 5-7022 posée le 14 septembre 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 Sénatrice Sleurs<sup>1</sup>

En vertu de la loi du 31 mars 2010 “Toute personne qui s’estime victime d’un dommage résultant de soins de santé ou ses ayants droit” peut adresser une demande au Fonds des accidents médicaux.

Sur le site internet du Fonds, l’ayant droit est défini comme suit :

- le patient lui-même
- son représentant légal
- un membre de la famille.

J’aimerais obtenir quelques explications concernant cette interprétation.

1. Pouvez-vous confirmer que, lors du traitement des dossiers, le Fonds des accidents médicaux interprétera le terme “ayant droit” tel que défini sur le site internet ? Les demandes introduites par une autre partie que le patient, le représentant légal ou un membre de la famille, sont-elles considérées comme non recevables ?
2. Une mutualité est-elle automatiquement considérée comme représentant légal ?
3. Comment vérifie-t-on la qualité de l’ayant droit (par exemple si ce dernier séjourne à l’étranger) ?

### Réponse

En réponse à votre question, je vous informe qu’effectivement, conformément à l’article 12, paragraphe 1<sup>er</sup>, de la loi du 31 mars 2010 relative à l’indemnisation des dommages résultant de soins de santé, toute personne qui s’estime victime d’un dommage résultant de soins de santé peut introduire une demande au Fonds des accidents médicaux (FAM).

Il s’agit en première instance du patient lui-même.

Si le patient ne peut exercer lui-même ses droits (par exemple parce qu’il est incapable de manifester sa volonté ou qu’il est juridiquement incapable), son représentant légal (par exemple les parents ou le tuteur d’un patient mineur d’âge) est alors compétent pour introduire une demande.

Par ailleurs, les ayants droit peuvent également introduire une demande d’indemnisation. Ils peuvent demander réparation du dommage au nom de leur ayant droit mais également en leur qualité propre d’ayant droit (héritier).

1. Sénat, session ordinaire 2011-2012.

En effet, les ayants droit peuvent également subir des dommages qui sont la conséquence directe de l'accident médical. À titre d'exemple, on peut citer la diminution des revenus du ménage suite à un accident médical qui place un des conjoints dans l'incapacité de travailler.

Enfin, le patient peut aussi, par voie de procuration, désigner un mandataire qui introduira une demande à sa place.

Ce dernier point s'applique également aux mutualités. Elles ne sont donc pas considérées automatiquement comme représentantes légales.

La qualité du demandeur est d'abord vérifiée à l'aide des documents qu'il/elle doit transmettre au FAM et d'une copie de la carte d'identité ou du passeport. Cela est suffisant pour la première phase de la procédure. En outre, si cela s'avère nécessaire pour une vérification dans une phase suivante, les gestionnaires de dossiers concernés ont accès au Registre national.

La même procédure est applicable aux demandeurs belges qui séjournent à l'étranger.

Enfin, de par sa qualité de demandeur, ce dernier devra transmettre les preuves requises que le Fonds lui réclamera éventuellement. Les vérifications concernant les demandeurs séjournant à l'étranger peuvent éventuellement se faire via les ambassades. Jusqu'à présent, ce type de vérification n'a pas encore dû être effectué. Les différentes possibilités sont actuellement à l'étude.

## II. Maintien à l'emploi pour les personnes de 65 ans ou plus

Maintien d'une couverture sociale suffisante –  
Différence entre assurance indemnités d'incapacité de travail et assurances accidents de travail et maladies professionnelles

Question n° 184 posée le 27 novembre 2012 au secrétaire d'État aux Affaires sociales, aux familles et aux personnes handicapées, chargé des risques professionnels, adjoint à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante Sminate<sup>1</sup>

Le maintien à l'emploi de travailleurs salariés, indépendants et fonctionnaires de 65 ans ou plus sera facilité grâce à plusieurs mesures prises par l'actuel gouvernement. Ainsi - et à juste titre d'ailleurs - les travailleurs plus âgés reçoivent le signal qu'ils ne sont pas considérés comme inutiles une fois l'âge légal de la retraite atteint. Chacun peut décider, éventuellement en concertation avec son employeur, de travailler plus longtemps.

1. Bulletin n° 094, Chambre, session ordinaire 2012-2013, p. 236.

Quelles modifications le gouvernement envisage-t-il d'apporter en matière d'indemnités de maladie, d'accidents de travail et de maladies professionnelles pour que les personnes de 65 ans ou plus qui continuent à exercer une activité professionnelle puissent bénéficier d'une couverture sociale suffisante ?

## Réponse

Il convient de faire la distinction entre, d'une part, l'assurance indemnités d'incapacité de travail et, d'autre part, les assurances accidents de travail et maladies professionnelles.

Le fait d'atteindre l'âge de la pension a en effet un impact sur l'assurance indemnités pour travailleurs salariés :

- les indemnités de maladie sont refusées à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel un bénéficiaire atteint l'âge légal de la pension<sup>2</sup>
- si le bénéficiaire concerné a continué de travailler après avoir atteint l'âge de la pension, les indemnités de maladie sont refusées à partir du premier jour du deuxième mois suivant celui au cours duquel l'incapacité de travail a débuté<sup>3</sup>.

Je dois toutefois souligner que cette disposition peut être appliquée plusieurs fois, plus exactement au sens où le droit limité aux indemnités d'incapacité de travail continue d'exister chaque fois qu'une nouvelle période d'incapacité de travail est reconnue.

Si l'on compare avec cette réglementation de l'assurance indemnités pour travailleurs salariés, il n'existe pas, pour le bénéficiaire indépendant, de disposition similaire octroyant un droit limité aux indemnités d'incapacité de travail une fois que l'âge légal de la pension a été atteint. À partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel cet âge légal de la pension est atteint, plus aucune indemnité d'incapacité de travail ne peut être accordée<sup>4</sup>.

Le *ratio legis* de ces dispositions est qu'en cas d'incapacité de travail (de longue durée), la personne concernée peut faire valoir ses droits à une pension de vieillesse à partir du moment où l'âge légal de la pension a été atteint. La personne concernée pourra donc toujours s'appuyer sur la pension qui lui est garantie indépendamment de la maladie ou de l'invalidité.

Par ailleurs, cette motivation ne s'applique pas seulement au secteur des indemnités. La réglementation sur le chômage comprend elle aussi une disposition similaire<sup>5</sup>.

Je suis bien conscient du fait que des cotisations de sécurité sociale sont toujours prélevées sur le salaire que ces travailleurs salariés ont mérité ou que ces travailleurs indépendants sont, en principe, toujours redevables de cotisations sociales sur les revenus professionnels qu'ils ont perçus, sans que cela ouvre encore pour eux des droits (de longue durée) à l'assurance indemnités concernée. Ce versement de cotisations constitue une nouvelle application du principe de solidarité d'application dans le cadre de la sécurité sociale.

Ce principe de solidarité ne signifie nullement qu'il existe *ipso facto* un droit à prestations ou un droit à prestations proportionnelles. Permettez-moi, dans ce contexte, d'évoquer la garantie d'une indemnité minimale (octroyée si l'indemnité calculée sur la rémunération perdue est inférieure à l'indemnité minimale applicable) ou l'octroi d'une indemnité maximale (limitation de la rémunération perdue effective à un seuil de salaire bien déterminé).

2. Art. 108, 1<sup>o</sup>, de la loi SSI.

3. Art. 108, 2<sup>o</sup>, de la loi SSI.

4. Art. 26 de l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

5. Art. 64 de l'A.R. du 25.11.1991 portant réglementation du chômage.

Il ne me paraît donc pas opportun d'étendre, dans le cas d'une incapacité de travail de longue durée, le droit aux indemnités d'incapacité de travail en faveur des personnes qui choisissent de continuer à travailler une fois l'âge légal de la pension atteint.

Une assurance accidents du travail et maladies professionnelles doit être souscrite pour couvrir les pensionnés qui exercent encore des activités dans le cadre du travail autorisé. Si la personne est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, elle est indemnisée conformément aux règles habituelles, comme un travailleur salarié non pensionné.

Il existe des règles spécifiques pour fixer le salaire de base en vertu de l'article 37, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail : ce salaire de base est calculé en prenant pour base le salaire dû en vertu du travail encore accompli<sup>6</sup>.

Un plafond est toutefois d'application : le salaire à prendre en considération ne peut en aucun cas excéder les seuils de rémunération autorisés pour pensionnés<sup>7</sup>.

Par ailleurs, les règles limitant le cumul des indemnités d'accidents du travail ou de maladies professionnelles avec des pensions sont naturellement d'application<sup>8</sup>.

Alors que le cumul des prestations de sécurité sociale n'est en principe pas autorisé, comme il a déjà été précisé, (ni les allocations de chômage, ni les indemnités d'assurance maladie ne sont par exemple octroyées aux personnes faisant apparaître un droit à une pension; cela reviendrait autrement à cumuler deux revenus de remplacement) les indemnités d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont, compte tenu du fait qu'il ne s'agit pas *stricto sensu* d'un revenu de remplacement, mais également d'une indemnité, les seules prestations encore versées à des personnes percevant une pension, même si elles sont alors limitées<sup>9</sup>.

Je n'envisage donc pas, à ce stade, de modifier cette réglementation.

Dans le contexte actuel, il est absolument nécessaire de conserver ces règles pouvant garantir l'équilibre financier de tous les secteurs de la sécurité sociale.

6. Les lois relatives aux maladies professionnelles font référence à ces mêmes articles (l'art. 49 des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 03.06.1970, prévoit que "Les salaires servant de base à la fixation des indemnités se déterminent conformément aux dispositions du chapitre II, section 4, de la loi du 10.04.1971 sur les accidents du travail et aux dispositions du chapitre II, section Ibis de l'A.R. du 21.12.1971 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 10.04.1971 sur les accidents du travail").

7. Art. 64 de l'A.R. du 21.12.1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés.

8. Ces règles ont été fixées dans l'A.R. du 13.12.2006 portant exécution de l'art. 66 des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 03.06.1970 (M.B. du 21.12.2006) en ce qui concerne les maladies professionnelles, et dans l'A.R. du 12.12.2006 portant exécution de l'art. 42bis de la loi de 1971 sur les accidents du travail (M.B. du 21.12.2006) en ce qui concerne les accidents du travail.

9. Deze regels voor het beperken van de integrale cumulatie van uitkeringen toegekend ingevolge arbeidsongevallen of beroepsziekten met pensioenen werden in 1983 aangenomen in het kader van besparingsmaatregelen met het oog op een betere verdeling van de beperkte financiële middelen waarover onze socialezekerheidsregeling beschikte.

### III. Financement supplémentaire des maisons travaillant avec des personnes atteintes de démence

Nouvelle catégorie D de dépendance – Normes en matière de personnel

Question n° 779 posée le 6 décembre 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<sup>1</sup>

Le nombre de patients atteints de démence ne cesse de croître et il est scientifiquement prouvé que l'accompagnement de ces personnes réclame un investissement personnel spécifique et plus lourd.

Cette spécificité n'a pourtant pas été prise en compte au moment de l'élaboration d'une nouvelle norme d'encadrement pour les maisons de repos, laquelle a autorisé le remplacement de 30 % des infirmiers qualifiés, pas toujours faciles à trouver, par des personnes exerçant un métier apparenté, à la condition qu'elles occupent sept infirmiers.

Il s'ensuit que les maisons de plus petite taille accueillant des personnes atteintes de démence, réputées au plan national et international pour les soins sur mesure qu'elles prodiguent aux personnes atteintes de démence, sont menacées dans leur fonctionnement.

Au bout de 26 ans, on n'a toujours pas pu faire en sorte que les maisons travaillant avec des personnes atteintes de démence obtiennent un financement supplémentaire et l'INAMI, en raison des nouvelles normes imposées, est obligé de payer, par jour et par résident, 4 EUR de moins qu'auparavant aux maisons de plus petite taille qui travaillent impeccablement mais ne sont pas en mesure de satisfaire aux normes d'encadrement imposées.

Leurs revenus annuels s'en trouvent considérablement réduits, ce qui les contraint à se séparer d'un certain nombre de membres du personnel, et qui à son tour rend difficile le maintien des soins sur mesure.

1. Avez-vous conscience de ce problème et comment réagissez-vous à l'accusation selon laquelle l'État refuse de payer pour ces soins sur mesure ?
2. a) Des normes d'encadrement spécifiques ne peuvent-elles/doivent-elles pas être imposées pour ces maisons de repos de petite taille travaillant avec des personnes atteintes de démence?  
b) Dans l'affirmative, lesquelles ?
3. a) Existe-t-il d'autres possibilités pour que ces institutions qui font du bon travail puissent obtenir un financement supplémentaire ?  
b) Dans l'affirmative, quelles sont-elles ?

1. Bulletin n° 098, Chambre, session ordinaire 2012-2013, p. 240.

## Réponse

La problématique des personnes atteintes de démence me tient particulièrement à coeur. Ces dernières années, j'ai pris différentes mesures en vue de mieux les encadrer, d'améliorer constamment la qualité des soins requis et de mieux soutenir les aidants proches.

Un aperçu complet de toutes les mesures réalisées et des mesures en cours d'exécution se trouve dans ma réponse à la question écrite n° 563 posée le 25 mai 2012 (B.I.-INAMI n° 2012/2, p. 224) par madame R. Van Moer. (Questions et Réponses Chambre, 2011/2012, n° 73, p. 187)

Dans le secteur des maisons de repos (MRPA) et des maisons de repos et de soins (MRS), un arrêté royal et un arrêté ministériel ont été publiés le 17 décembre 2012, lesquels prévoient dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013 le financement d'une nouvelle catégorie D de dépendance dans les MRPA.

Cette catégorie D comprend tous les patients chez qui un diagnostic de démence a été posé, quel que soit leur niveau de dépendance physique; elle leur offre un encadrement spécifique.

Comme vous le dites à juste titre, les soins et l'accompagnement des patients atteints de démence requièrent un personnel différent : moins d'infirmiers au profit de plus de personnel de réactivation. En MRS (maison de repos et de soins), la mesure a été reportée pour des raisons budgétaires, jusqu'à ce qu'on ait une idée du coût de son introduction dans les MRPA.

Je souhaite par ailleurs rappeler que l'arrêté de financement INAMI (Institut national d'assurance maladie invalidité) des maisons de repos prévoit le financement de la formation et de la sensibilisation du personnel sur le plan de la démence ainsi qu'un financement d'une personne de référence "démence" à mi-temps.

L'affirmation selon laquelle l'État refuse de payer de meilleurs soins aux patients atteints de démence dans les maisons de repos est donc inexacte.

Pour qu'une institution puisse mettre une série d'accents propres dans sa politique des soins et pour aborder les problèmes de certaines qualifications, l'arrêté de financement des maisons de repos prévoit une série de règles de flexibilité: le manque de personnel dans certaines qualifications peut être comblé par un surplus de personnel d'autres qualifications.

Les normes de financement INAMI prévoient que le manque d'infirmiers peut être compensé à 20 % maximum par un surplus de personnel d'activation et/ou de soins. Les arrêtés en projet prévoient un assouplissement de cette règle de flexibilité.

Les institutions qui emploient au moins 7 équivalents temps-plein infirmiers pourront compenser par du personnel de réactivation et/ou du personnel de soins, jusqu'à 30 % de la norme du personnel infirmier. La condition d'employer au moins 7 infirmiers équivalents temps-plein ne vise aucunement à discriminer les petites maisons de repos, mais à garantir la permanence infirmière dans les établissements.

Enfin, je me réfère aux débats menés lors de la Conférence interministérielle où l'on a réfléchi à une forme globale de prise en charge des malades chroniques qui exigent un accueil résidentiel différent d'un accueil classique dans une maison de repos.

Cela a mené à un accueil différencié par exemple des personnes en état pauci-relationnel ou atteints de certaines maladies chroniques, comme la maladie de Huntington. Pour les personnes atteintes de démence, une réflexion analogue peut être menée à la demande des Communautés et Régions.

## IV. INAMI

### Système du remboursement de prestations réclamé aux hôpitaux – Sanctions pour 2012 – Différences régionales – Méthodologie des montants de référence

Question n° 788 posée le 11 décembre 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 Wierinck<sup>1</sup>

L'INAMI réclame au total 3,5 millions d'EUR à 23 hôpitaux dont les dépenses pour certaines interventions chirurgicales et le traitement de certaines affections courantes dépassent nettement la moyenne. Ces informations ont été rapportées le 13 novembre 2012 par les quotidiens "Le Soir" et "La Libre Belgique".

Pour établir le montant moyen par prestation, les experts de l'INAMI ont décortiqué 317.318 factures d'hospitalisation émises par 117 hôpitaux généraux et les 7 hôpitaux universitaires du pays.

Pour 2012, l'INAMI a décidé de sanctionner 23 hôpitaux :

- 14 en Wallonie
- 8 à Bruxelles et
- 1 seul en Flandre.

En 2011, l'Institut avait pénalisé 30 établissements pour un montant total de 4,9 millions d'EUR. Par hôpital, le dépassement varie entre 20.000 EUR et plus de 350.000 EUR. Aucun remboursement n'est réclamé aux hôpitaux universitaires et près de deux tiers des établissements mis à l'amende sont des hôpitaux privés.

1. Les sanctions infligées en 2010 et 2011 concernent-elles les mêmes hôpitaux ?
2. Pourquoi selon vous un si grand écart entre la Wallonie et la Flandre ?
3. Pourquoi par ailleurs une différence entre hôpitaux universitaires et privés ?
4. Quel est le montant du dépassement du montant moyen à partir duquel le remboursement des prestations est exigé ?

### Réponse

D'une manière générale, je souhaite rappeler que nous en sommes à la quatrième application de ce système. Des critiques et des interrogations existent sans doute, tant au niveau des résultats, que de la méthodologie. Mais le fait que le système soit perfectible n'enlève en rien selon moi à sa pertinence - il a d'ailleurs été plusieurs fois adapté, et des affinements sont encore en cours d'élaboration. Comme vous le savez certainement, le gouvernement entend étendre ce système dans les prochaines années – une première extension a débuté avec les séjours 2013 (hospitalisation de jour et jour de carence). Il y aura bien entendu une concertation avec le secteur.

1. Bulletin n° 098, Chambre, session ordinaire 2012-2013, p. 250.

1. à 3. Pour ce qui est des résultats, je vous invite à prendre connaissance des analyses réalisées par l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) et qui sont également disponibles sur son site internet. Une analyse y est proposée, par région, type d'hôpitaux (privés, publics, universitaires ou non), etc. On peut ainsi souligner que l'on observe une amélioration : le montant total à rembourser diminue fortement entre 5 millions en 2011 pour 34 hôpitaux et 3,5 en 2012 pour 23 hôpitaux.

La liste des hôpitaux a changé chaque année, mais certains hôpitaux ont en effet déjà dû procéder à des remboursements lors de plusieurs exercices.

Au niveau des différences régionales, selon les études de l'INAMI, qui se basent sur des moyennes standardisées (c.-à-d. en neutralisant certaines caractéristiques pour permettre une comparaison statistiquement valable), on ne dépense pas plus en 2009 en honoraires pour un patient hospitalisé wallon (100,7) que pour un patient hospitalisé flamand (99,7).

Mais il est vrai que si l'on se focalise sur certains groupes de prestations, des différences régionales peuvent être significatives. Voyez par exemple l'imagerie médicale:

- pour une dépense de 94 en Flandre et
- 111 sont dépensés en Wallonie
- 103 en région Bruxelloise.

et la psychiatrie :

- la Flandre consomme 137
- pour respectivement 70 en Wallonie et
- 58 à Bruxelles.

4. Concernant les aspects méthodologiques, je ne peux que vous encourager à consulter la brochure éditée par l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI), disponible en ligne



[www.inami.be/care/fr/hospitals/specific-information/amounts-reference/index.htm](http://www.inami.be/care/fr/hospitals/specific-information/amounts-reference/index.htm)

Elle explique de manière pédagogique le fonctionnement du système des montants de référence.

Dans les grandes lignes, le fonctionnement est le suivant : pour une série de pathologies standards (accouchement, appendicectomie, etc.) et de sévérité faible, et pour certains groupes de prestations (notamment l'imagerie médicale et la biologie clinique), l'INAMI définit un montant de référence qui est en fait la moyenne des dépenses par pathologie et par groupe de prestations à laquelle on ajoute une marge de 10 %. Si les dépenses de l'hôpital dépassent trop fortement ou trop systématiquement ces montants de référence, l'hôpital doit rembourser la différence.

La méthodologie des montants de référence fonctionne en deux étapes:

- d'une part la sélection des hôpitaux qui devront rembourser
- et d'autre part le calcul du montant effectivement à rembourser.

La première étape permet une compensation totale entre les "bons" résultats (dépenses réelles inférieures aux dépenses de référence basée sur la moyenne + 10 %) et les "mauvais" résultats (dépenses réelles supérieures aux dépenses de référence basée sur la moyenne + 10 %).

Dans la seconde étape, seules les différences positives (dépenses réelles supérieures aux dépenses de référence basées sur les médianes) sont conservées.

Il n'y a plus de compensation entre les "bons" et les "mauvais" résultats. Le but de cette méthodologie en deux étapes était de mieux cibler les pratiques divergentes (moins d'hôpitaux sélectionnés) mais de sanctionner plus lourdement les hôpitaux retenus (montants à rembourser plus importants basé sur la médiane).

## V. Lutte contre la fraude sociale

### Inspection sociale – Recours au procès-verbal électronique - Coût du projet

Question n° 54 posée le 8 mai 2012 au Secrétaire d'État à la lutte contre la fraude sociale et fiscale, adjoint au premier ministre par Madame la Représentante Sminate<sup>1</sup>

Le recours au procès-verbal électronique par les différents services d'inspection sociale et par la Direction des amendes administratives doit permettre de lutter plus efficacement contre la fraude sociale.

Afin d'avoir une idée plus précise des mérites et des inconvénients du système, pourriez-vous me fournir les précisions suivantes :

1. un aperçu détaillé du coût du projet (par an depuis son lancement) avec une répartition par entité y ayant contribué
2. des prévisions étayées concernant les services qui rejoindront le projet, la date présumée à laquelle ils le rejoindraient et le coût que les futurs partenaires du service auraient à prendre en charge
3. le nombre de procès-verbaux électroniques qui ont été établis (par an et par service)?

### Réponse

1. Ci-après, vous trouverez un aperçu détaillé du prix du projet:

2009 : 100.000 EUR projet-pilote (analyse du choix de matériel et de logiciel au moyen d'un cas) : SPF ETCS

2010 : 1.000.000 EUR : SPF ETCS: développement d'une banque de données et d'un modèle d'e-PV électronique uniforme.

2011 : 500.000 EUR : budget général du SPF ETCS: suite du développement de la banque de données.

2012 : 500.000 EUR : budget général du SPF ETCS: améliorations aux développements; élaboration des premières possibilités de consultation pour certaines données, adhésion de nouveaux partenaires, lancement de nouveaux flux de données.

2. Il convient d'établir une distinction entre l'adhésion de nouveaux services d'inspection qui utiliseront également l'e-PV et l'élaboration de flux de données vers les administrations intéressées. Le planning du projet donne la priorité à l'alimentation de la banque de données avec les e-PV de nouveaux services d'inspection.

Les nouveaux partenaires peuvent utiliser les évolutions qui ont déjà eu lieu et où une attention maximale a été accordée au développement de l'outil le plus générique possible. Néanmoins, il est déjà apparu qu'il serait nécessaire d'apporter plusieurs adaptations à l'application e-PV pour permettre l'adhésion de nouveaux partenaires.

1. Bulletin n° 099, Chambre, session ordinaire 2012-2013, p. 143.

Leur coût est estimé à 41.000 EUR. Étant donné qu'il s'agit d'adaptations qui bénéficient à tous les partenaires, le coût est assumé de manière centrale. Il s'agit d'une prévision du coût sur la base de la connaissance actuelle du dossier, qu'il faudra peut-être adapter lorsque l'analyse technique sera terminée.

Le prix de développements spécifiques à la demande de nouveaux partenaires - comme, par exemple, la création d'un flux pour un gestionnaire interne de dossiers ou destiné à l'administration propre d'amendes administratives - devra toutefois être pris en charge par ces partenaires. Par ailleurs, il y a un coût d'entrée unique et limité pour l'exécution d'un certain nombre de petites adaptations propres à chaque service et l'exécution des tests nécessaires pour vérifier si les différents systèmes informatiques concernés sont compatibles.

Le planning est le suivant :

2012

- INAMI : Service du contrôle médical : estimation du prix sur la base de la connaissance actuelle du dossier (éventuellement à adapter lorsque l'analyse technique sera terminée) : 8.000 EUR (entrée + flux)
- Les inspections régionales suivantes : Région de Bruxelles-Capitale et Wallonie: prévision du prix sur la base de la connaissance actuelle du dossier (éventuellement à adapter lorsque l'analyse technique sera terminée) : par partenaire 8.000 EUR (entrée + flux)
- Contrôle du bien-être au travail : estimation du prix sur la base de la connaissance actuelle du dossier (éventuellement à adapter lorsque l'analyse technique sera terminée) : 8.000 EUR (entrée + flux)
- Clôture de l'analyse d'entrée de l'Inspection de la Communauté flamande (IWSE) qui dispose d'un dossier électronique propre et qui, par conséquent, demande davantage de développements pour rendre la banque de données e-PV accessible. Dès lors, le prix n'est pas encore connu
- Analyse de l'adhésion de la Justice. Le prix n'est pas encore connu.

2013

- IWSE
- Transmission électronique d'e-PV à la Justice: le prix n'est pas encore connu.

3. En ce qui concerne l'e-PV, l'Inspection sociale du SPF sécurité sociale est entrée en production le 1<sup>er</sup> mars 2011.

Vous trouverez dans l'annexe 1, pour les années 2011 et 2012, le nombre de procès-verbaux de constatation d'infractions établi au moyen de l'application e-PV, ventilé par matière. Il convient de signaler qu'un procès-verbal "physique" peut relever des infractions à différentes réglementations.

Année 2011 (du 1 <sup>er</sup> mars au 31 décembre)		
Réglementations	Nombre de P.V.	Nombre de travailleurs
Accidents du travail	210	562
Assurance maladie et invalidité	2	2
Code pénal	9	35
Documents sociaux	1.348	3.155
Indépendant étranger – Loi 19 février 1965	32	32
LIMOSA (loi 27.12.2006)	45	153
Sécurité sociale	250	824
Séjour illégal – Loi 15 décembre 1980	4	4
Surveillance – obstacle au contrôle	145	145
Temps partiel – Horaire	698	1.372
Travailleur étranger – Loi 30 avril 1999	373	640
Vacances Annuelles	46	140
<b>Total</b>	<b>3.162</b>	<b>7.064</b>
Total PV "physiques"	2.060	7.064

Année 2012 (du 1 <sup>er</sup> janvier au 30 avril)		
Réglementations	Nombre de P.V.	Nombre de travailleurs
Accidents du travail	63	216
Assurance Maladie et Invalidité	4	5
Code pénal	486	1 455
Documents sociaux	26	26
Indépendant étranger – Loi 19 février 1965	29	57
LIMOSA (loi 27.12.2006)	109	359
Sécurité sociale	43	43
Temps partiel – Horaire	266	469
Travailleur étranger – Loi 30 avril 1999	127	250
Vacances Annuelles	21	61
<b>Total</b>	<b>1.174</b>	<b>2.941</b>
Total PV "physiques"	798	2 941

En ce qui concerne l'ONSS, vous trouverez dans le tableau en annexe 2 le nombre de procès-verbaux de constatation d'infractions établi au moyen de l'application e-PV.

<b>ONSS</b>			
	<b>2012 jusqu'au 21 mai</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>
Nombre TOTAL de pro-justitia établis	144	336	339
DONT – nombre de e-PV	144	323	3
% e-PV en comparaison avec le nombre total de PJ	100,00 %	96,13 %	0,88 %

En ce qui concerne l'ONEM, vous trouverez dans le tableau en annexe 3 le nombre de d'e-PV rédigés par les contrôleurs sociaux de l'ONEM.

<b>ONEM</b>	
<b>Période</b>	<b>Nombre d'e-PV</b>
2010 (du 01.11.2010 jusqu'au 31.12.2010)	13
2011	2.720
2012 (du 01.01.2012 jusqu'au 29.05.2012)	1.202
<b>Total</b>	<b>3.935</b>

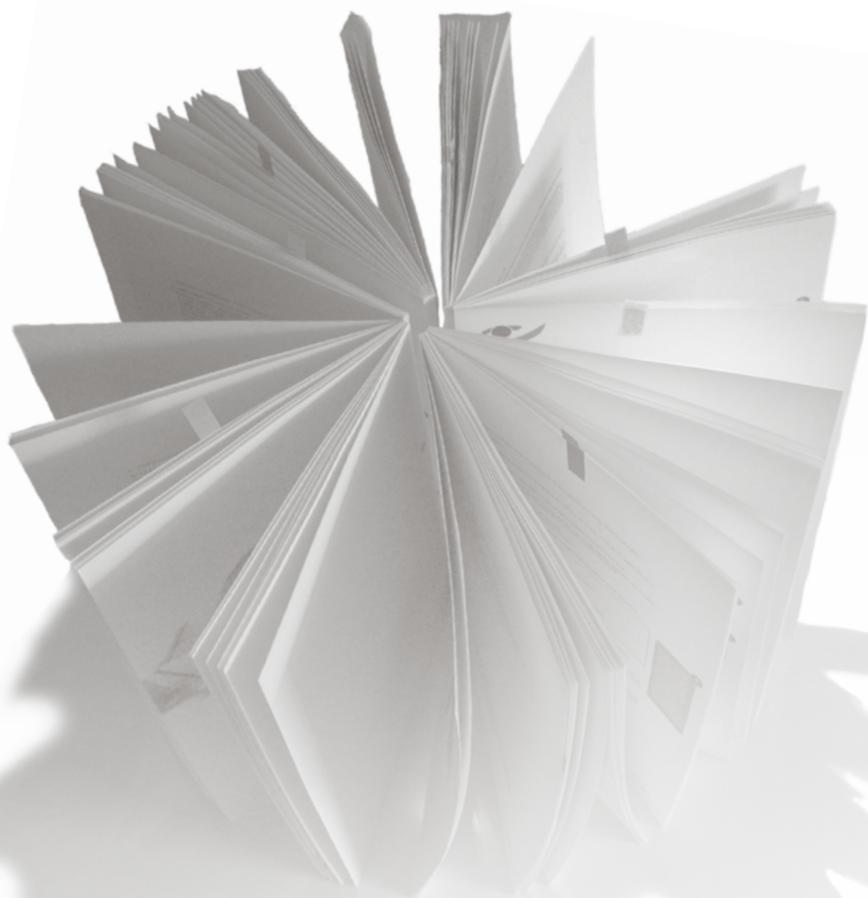
Enfin, en ce qui concerne l'inspection des lois sociales du SPF emploi, vous trouverez le nombre d'e-PV dans le tableau en annexe 4.

<b>Inspection des lois sociales du SPF emploi</b>	
<b>Période</b>	<b>Nombre de e-PV</b>
2011	2.784
2012	1.301
<b>Total</b>	<b>4.085</b>



# 5<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



# I. Demande de renonciation à la récupération des indemnités en application de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 : procédure administrative

En vertu de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le titulaire en incapacité de travail qui a effectué une activité non autorisée ou qui a travaillé sans respecter les conditions de l'autorisation a la possibilité d'introduire une demande de renonciation à la récupération des indemnités auprès du Comité de gestion du Service des indemnités et ce, dans les cas dignes d'intérêt et en l'absence d'intention frauduleuse.

La décision du Comité de gestion tient compte de la proportionnalité à observer entre l'importance de la récupération, d'une part, et la nature ou la gravité du manquement du titulaire à ses obligations, d'autre part. À cet égard, le Comité de gestion prend notamment en considération les éléments suivants :

- 1° la situation du titulaire sur le plan social et financier ainsi que tout autre élément personnel pertinent
- 2° l'assujettissement ou non des activités non autorisées à la sécurité sociale
- 3° le volume desdites activités ainsi que l'importance des revenus s'y rapportant.

Si le Comité de gestion estime que la situation de l'intéressé est digne d'intérêt, il peut décider :

- de renoncer totalement au montant à récupérer, qui a été indûment octroyé
- de renoncer totalement à la récupération, à l'exception du montant que l'assuré aurait perçu en moins en application de l'article 230 de l'A.R. du 3 juillet 1996 s'il avait demandé l'autorisation
- de renoncer à une partie (25 % - 50 % - 75 %) du montant à récupérer.

Une renonciation à la récupération n'est pas possible si :

- il est question de mauvaise foi dans le chef de l'assuré
- l'action en récupération est entièrement prescrite en application du délai de prescription de l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 5°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994
- il s'agit d'une reprise normale du travail (en d'autres termes si l'activité exercée présente au moins le même volume de travail ou le même rendement du travail que l'activité exercée avant le début de l'incapacité de travail).

La présente circulaire établit la procédure administrative qui doit être suivie afin de soumettre un dossier au Comité de gestion du Service des indemnités.

## 1. Constitution du dossier administratif par la mutualité

L'assuré social introduit sa demande de renonciation auprès de sa mutualité.

Si l'assuré envoie une demande directement au Service des indemnités de l'INAMI, ce dernier renvoie la demande à l'Union nationale concernée. L'assuré en est informé.

La mutualité constitue un dossier administratif concernant la demande de renonciation de l'assuré social au moyen du formulaire "Demande de renonciation à la récupération d'indemnités indûment perçues. Application de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994". Le modèle de ce formulaire est joint en annexe (non publié ici).

Le dossier administratif doit comporter les données suivantes :

- I. Identification du titulaire
- II. Données relatives à l'incapacité de travail
- III. Données relatives à l'activité non autorisée
- IV. Données relatives aux indemnités à récupérer
- V. Application de la règle de cumul
- VI. Bonne foi
- VII. Évaluation du caractère digne d'intérêt.

La mutualité complète, dans le formulaire de demande, toutes les données dont elle dispose et conserve les pièces justificatives dans le dossier administratif. Le cas échéant, elle demande à l'assuré social les données manquantes.

Ensuite, la mutualité transmet le dossier administratif à l'Union nationale, qui doit vérifier si les données sont exactes et complètes, en vue d'un éventuel contrôle par le Service du contrôle administratif de l'INAMI. Si le dossier administratif ne contient pas toutes les données requises, indiquées dans le formulaire de demande, la demande de renonciation à la récupération ne peut pas être présentée au Comité de gestion du Service des indemnités.

L'Union nationale introduit ensuite le dossier administratif auprès du Service des indemnités de l'INAMI. Le Service des indemnités prépare une note à l'intention du Comité de gestion, qui prend la décision.

L'Union nationale est informée de la décision par courrier ordinaire.

 Même après que la demande de renonciation a été introduite auprès de l'INAMI, la mutualité entreprend les démarches nécessaires pour interrompre le délai de prescription visé à l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, et à l'article 174, alinéa 4, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (voir partie 2 ci-dessous).

## 2. Prescription

### a. Durée du délai de prescription

En vertu de l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué. Ce délai est fixé à 5 ans si l'octroi indu de prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dans le chef de l'assuré social (cf. art. 174, al. 4, de la loi précitée).

Ces délais de prescription s'appliquent uniquement dans le rapport juridique entre la mutualité et l'assuré social qui a perçu des prestations indues à charge de l'assurance indemnités.

 Un assuré a perçu indûment des indemnités de maladie à partir du 16 mai 2012. L'action de la mutualité en récupération des indemnités indûment payées en mai 2012 se prescrit, en l'absence de fraude, le 1<sup>er</sup> juin 2014. Si la fraude peut être retenue dans le chef de l'assuré social, le droit de récupération de la mutualité se prescrit le 1<sup>er</sup> juin 2017.

## b. Interruption de la prescription

En vertu de l'article 174, alinéa 5, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre la prescription. L'interruption peut être renouvelée. La responsabilité incombe aux mutualités d'envoyer à temps une lettre recommandée à l'assuré social afin d'éviter la prescription de leur droit à la récupération.

La prescription peut également être interrompue par les dispositions de droit commun (cf. art. 2242 à 2250 inclus du C.C.).

Cela signifie que la prescription est notamment interrompue par :

- la signature d'une reconnaissance de dette par l'assuré social (art. 2248 C.C.)
- une citation en justice (ou une requête), un commandement ou une saisie, signifiés à celui qu'on veut empêcher de prescrire (art. 2244 C.C.)  
L'introduction par la mutualité d'une requête devant le tribunal du travail pour l'obtention d'un titre exécutoire interrompt par conséquent la prescription.

## c. Distinction entre le délai de prescription et le délai de récupération

En vertu de l'article 326 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la récupération des prestations payées indûment est effectuée par la mutualité dans un délai de deux ans, à compter de la date :

- de la constatation pour les cas visés à l'article 325, a)
- de la notification du Service du contrôle administratif pour les cas visés à l'article 325, b)
- du prononcé de la décision judiciaire définitive pour les cas visés à l'article 325, c) et d).

Ce délai doit être distingué du délai de prescription de deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué, dont il est question à l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Le délai de récupération de deux ans est notamment suspendu à partir de la date d'introduction de la demande de renonciation à la récupération en application de l'article 101 de la loi coordonnée, jusqu'à la décision du Comité de gestion (cf. art. 326, § 3, a), de l'A.R. du 03.07.1996). Le délai de prescription, en revanche, continue de courir, à moins d'être interrompu par les actes interruptifs précités.

Vu que la procédure de demande de renonciation, introduite auprès de l'INAMI, n'interrompt pas la prescription, la mutualité doit continuer à interrompre la prescription au moins jusqu'à ce qu'elle soit informée de la décision du Comité de gestion.

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013.



Circulaire O.A. n° 2012/503 - 406/11 du 14 décembre 2012.

## II. Demande de renonciation à la récupération des indemnités en application de l'article 11 du règlement du 12 février 2001 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer " la charte " de l'assuré social : procédure administrative

Par analogie avec le régime des travailleurs salariés, l'article 23<sup>ter</sup> de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 prévoit une procédure de régularisation si le travailleur indépendant reconnu incapable de travailler exerce une activité non autorisée ou n'a pas respecté les conditions de l'autorisation. L'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social, porté à exécution dans le règlement du 12 février 2001, prévoit la possibilité pour le titulaire concerné d'introduire une demande de renonciation à la récupération des indemnités auprès du Comité de gestion du Service des indemnités et ce, dans les cas dignes d'intérêt et en l'absence d'intention frauduleuse.

En vertu de l'article 11 du Règlement précité le caractère digne d'intérêt est déterminé sur base de la proportionnalité entre l'importance de la récupération d'une part, et la nature ou la gravité du manquement du titulaire à ses obligations, d'autre part.

A cet égard, le Comité de gestion prend notamment en considération les éléments suivants :

- 1° la situation du titulaire sur le plan social et financier ainsi que tout autre élément personnel pertinent
- 2° l'assujettissement ou non de l'activité non autorisée à la sécurité sociale
- 3° l'importance des gains professionnels.

Si le Comité de gestion estime que la situation de l'intéressé est digne d'intérêt, il peut décider :

- de renoncer totalement au montant à récupérer, qui a été indûment octroyé
- de renoncer totalement à la récupération, à l'exception du montant que l'assuré aurait perçu en moins en application de l'article 28<sup>bis</sup> de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 s'il avait demandé l'autorisation
- de renoncer à une partie (25 % - 50 % - 75 %) du montant à récupérer.

La renonciation ne peut toutefois porter sur la totalité ou la partie des indemnités qui n'auraient pu être accordées en application des articles 20<sup>bis</sup> et 22 à 23<sup>bis</sup> de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Une renonciation à la récupération n'est pas possible si :

- l'assuré est de mauvaise foi
- l'action en récupération est entièrement prescrite en application du délai de prescription de l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994
- il s'agit d'une reprise normale du travail (en d'autres termes si l'activité exercée présente au moins le même volume de travail ou le même rendement de travail que l'activité exercée avant le début de l'incapacité de travail).

La présente circulaire établit la procédure administrative qui doit être suivie afin de soumettre un dossier au Comité de gestion du Service des indemnités.

## 1. Constitution du dossier administratif par l'organisme assureur

L'assuré social introduit sa demande de renonciation auprès de sa mutualité.

Si l'assuré envoie une demande directement au Service des indemnités de l'INAMI, ce dernier renvoie la demande à l'Union nationale concernée. L'assuré en est informé.

L'organisme assureur constitue un dossier administratif concernant la demande de renonciation de l'assuré social au moyen du formulaire "Demande de renonciation à la récupération d'indemnités indûment perçues. Application de l'article 11 du règlement du 12 février 2001 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer " la charte " de l'assuré social." Le modèle de ce formulaire est joint en annexe (non publié ici).

Le dossier administratif doit comporter les données suivantes :

- I. Identification du titulaire
- II. Données relatives à l'incapacité de travail
- III. Données relatives à l'activité non autorisée
- IV. Données relatives aux indemnités à récupérer
- V. Application de la règle de cumul
- VI. Périodes déjà accomplies d'activité autorisée
- VII. Bonne foi
- VIII. Évaluation du caractère digne d'intérêt.

La mutualité complète, dans le formulaire de demande, toutes les données dont elle dispose et conserve les pièces justificatives dans le dossier administratif. Le cas échéant, elle demande à l'assuré social les données manquantes.

Ensuite, la mutualité transmet le dossier administratif à l'Union nationale, qui doit vérifier si les données sont exactes et complètes, en vue d'un éventuel contrôle par le Service du contrôle administratif de l'INAMI. Si le dossier administratif ne contient pas toutes les données requises, indiquées dans le formulaire de demande, la demande de renonciation à la récupération ne peut pas être présentée au Comité de gestion du Service des indemnités.

L'Union nationale introduit ensuite le dossier administratif auprès du Service des indemnités de l'INAMI. Le Service des indemnités prépare une note à l'intention du Comité de gestion, qui prend la décision.

L'Union nationale est informée de la décision par courrier ordinaire.

 Même après que la demande de renonciation ait été introduite auprès de l'INAMI, la mutualité entreprend les démarches nécessaires pour interrompre le délai de prescription visé à l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, et à l'article 174, alinéa 4, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (voir partie 2. ci-dessous).<sup>1</sup>

## 2. Prescription

### a. Durée du délai de prescription

En vertu de l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994<sup>1</sup>, l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué. Ce délai est fixé à 5 ans si l'octroi indu de prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dans le chef de l'assuré social (cf. art. 174, al. 4, de la loi précitée).<sup>1</sup>

Ces délais de prescription s'appliquent uniquement dans le rapport juridique entre la mutualité et l'assuré social qui a perçu des prestations indues à charge de l'assurance indemnités.

 Un assuré a perçu indûment des indemnités de maladie à partir du 16 mai 2012. L'action de la mutualité en récupération des indemnités indûment payées en mai 2012 se prescrit, en l'absence de fraude, le 1<sup>er</sup> juin 2014. Si la fraude peut être retenue dans le chef de l'assuré social, le droit de récupération de la mutualité se prescrit le 1<sup>er</sup> juin 2017.

### b. Interruption de la prescription

En vertu de l'article 174, alinéa 5, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994<sup>1</sup>, une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre la prescription. L'interruption peut être renouvelée. La responsabilité incombe aux mutualités d'envoyer à temps une lettre recommandée à l'assuré social afin d'éviter la prescription de leur droit à la récupération.

La prescription peut également être interrompue par les dispositions de droit commun (cf. art. 2242 à 2250 inclus du C.C.).

Cela signifie que la prescription est notamment interrompue par :

- la signature d'une reconnaissance de dettes par l'assuré social (art. 2248 C.C.) ;
- une citation en justice (ou une requête), un commandement ou une saisie, signifiés à celui qu'on veut empêcher de prescrire (art. 2244 C.C.).

L'introduction par la mutualité d'une requête devant le tribunal du travail pour l'obtention d'un titre exécutoire interrompt par conséquent la prescription.

1. Ces dispositions s'appliquent dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants en vertu de l'art. 82 de l'A.R. du 20.07.1971.

### c. Distinction entre le délai de prescription et le délai de récupération

En vertu de l'article 326 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996<sup>1</sup>, la récupération des prestations payées indûment est effectuée par la mutualité dans un délai de deux ans, à compter de la date :

- de la constatation pour les cas visés à l'article 325, a)
- de la notification du Service du contrôle administratif pour les cas visés à l'article 325, b)
- du prononcé de la décision judiciaire définitive pour les cas visés à l'article 325, c) et d).

Ce délai doit être distingué du délai de prescription de deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué, dont il est question à l'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.<sup>1</sup>

Le délai de récupération de deux ans est notamment suspendu à partir de la date d'introduction de la demande de renonciation à la récupération en application de l'article 22, § 2, a) de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social, jusqu'à la décision du Comité de gestion (cf. art. 326, § 3, b), de l'A.R. du 03.07.1996).<sup>1</sup> Le délai de prescription, en revanche, continue de courir, à moins d'être interrompu par les actes interruptifs précités.

Vu que la procédure de demande de renonciation, introduite auprès de l'INAMI, n'interrompt pas la prescription, la mutualité doit continuer à interrompre la prescription jusqu'à ce qu'elle soit informée de la décision du Comité de gestion.

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013.

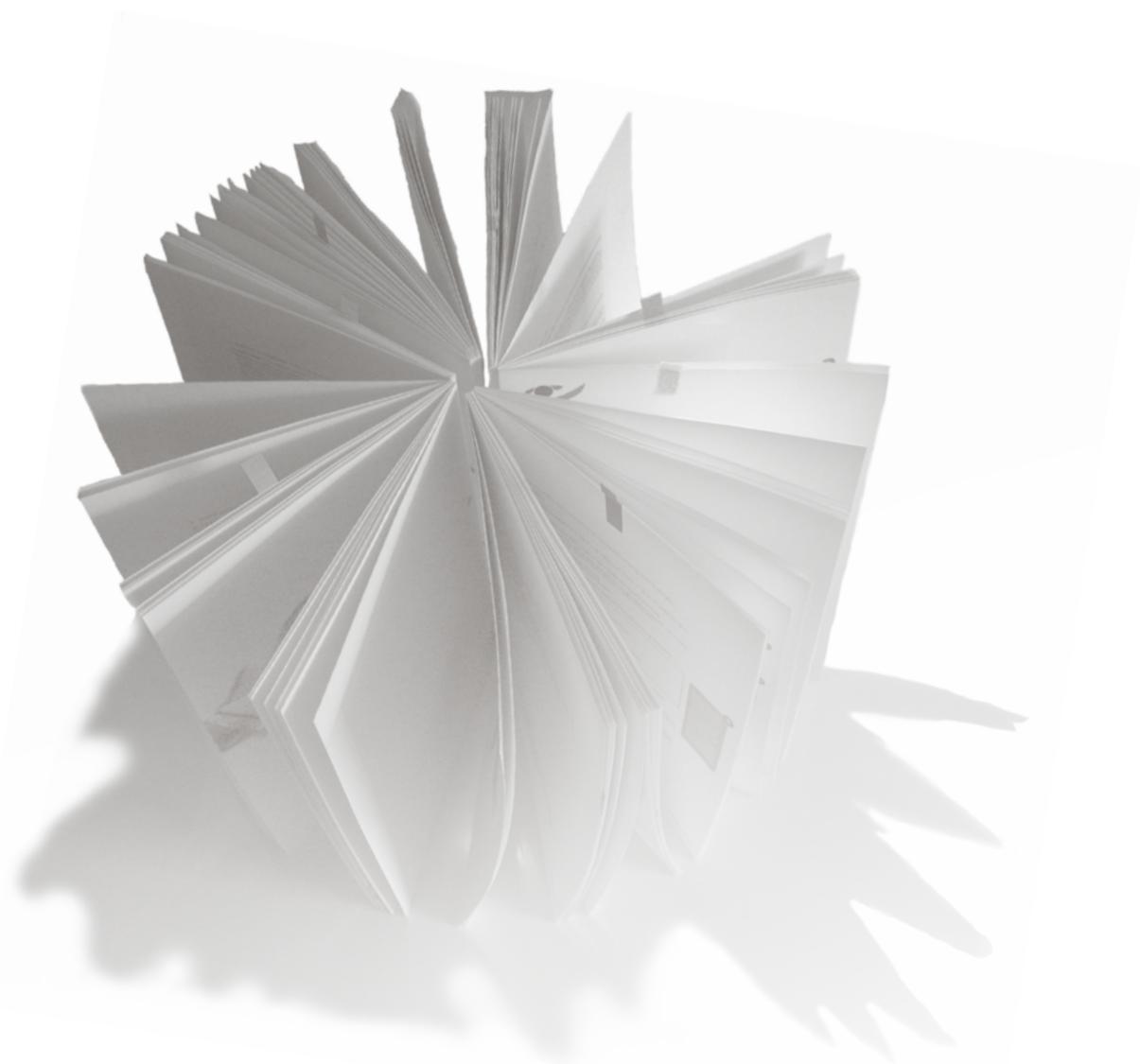


Circulaire O.A. n° 2012/504 - 485/2 du 14 décembre 2012.

1. Ces dispositions s'appliquent dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants en vertu de l'art. 82 de l'A.R. du 20.07.1971.

# 6<sup>e</sup> Partie

## Données de base



## I. Cotisations à payer par certains titulaires

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, les taux des cotisations personnelles à payer par certains titulaires sont adaptés aux taux que l'indice des prix à la consommation a atteint au 31 octobre 2012, soit 121,79 (base 2004 = 100).

Dans les tableaux ci-joints, vous pouvez prendre connaissance de ces montants; comme vous pouvez le constater, nous avons mentionné dans chaque tableau la référence aux textes réglementaires.

### Tableau 1 : Cotisation d'assurance continuée

Articles 247 et 250 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

#### a. Cotisation par jour ouvrable :

- 21 ans et plus : 1,67 EUR
- 18 à 21 ans : 1,25 EUR
- 14 à 18 ans : 0,83 EUR.

#### b. Cotisation par mois civil complet (cotisation journalière x 25) :

- 21 ans et plus : 41,75 EUR
- 18 à 21 ans : 31,25 EUR
- 14 à 18 ans : 20,75 EUR.

### Tableau 2 : Cotisation des étudiants

Article 133 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par trimestre : 57,99 EUR

### Tableau 3 : Cotisation pour les personnes inscrites dans le registre national des personnes physiques

Article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 modifié par l'arrêté royal du 3 septembre 2000 (M.B. du 29.09.2000), portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. (titulaires visés à l'art. 32, al. 1<sup>er</sup>, 15<sup>e</sup> de la loi coordonnée)

Par trimestre :

Normal : **684,05 EUR**

Si revenu < au plafond des revenus annuels prévu à l'article 134,  
3<sup>o</sup> alinéa de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : 342,02 EUR

Si revenu < au montant prévu pour bénéficiaire de l'intervention majorée : 57,99 EUR

Si revenu < au montant annuel du minimum de moyen d'existence : 0,00 EUR

Si droit à un avantage visé dans l'article 37, § 19, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>  
ou 3<sup>o</sup> de la loi coordonnée : 0,00 EUR

## Tableau 4 : Cotisation des membres des communautés religieuses

Article 136*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Par trimestre :

a) Titulaire de moins de 65 ans 87,60 EUR

b) Titulaire de plus de 65 ans 25,05 EUR

## Tableau 5 : Cotisation de l'ancien personnel du secteur public en Afrique

Article 135 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.

Par trimestre : 39,45 EUR

Date d'application : 1<sup>er</sup> janvier 2013

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 90,54 base 2004 = 100



Circulaire O.A. n° 2012/437-270/57, 273/57, 274/59, 276/109, 2790/57, 2791/57, 2792/56 et 83/424 du 12 novembre 2012.

## II. Statut BIM - Moyenne des montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup>) pour les années 2011-2012

En application de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 - Moniteur belge du 3 avril 2007 (2<sup>e</sup> éd.) fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1<sup>er</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et instaurant le statut OMNIO, les montants des revenus des bénéficiaires des BIM ne peuvent atteindre les plafonds de 11.763,02 et 2.177,65 EUR (à l'indice pivot 103,14 base 1996=100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être lorsque le mécanisme prévu aux articles 5 ou 72 de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations est mis en œuvre.

### Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2011)

Titulaires	Personnes à charge
15.606,71 EUR	2.889,22 EUR

### Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2012)

Titulaires	Personnes à charge
16.306,86 EUR	3.018,84 EUR



Circulaires O.A. n<sup>os</sup> 2012/444-3991/232 du 13 novembre 2012 et 2012/496-3991/235 du 13 décembre 2012.

### III. Statut BIM - Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup>) à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2012

#### Indexation

En application de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 - Moniteur belge du 3 avril 2007 (2<sup>e</sup> éd.) fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1<sup>er</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et instaurant le statut OMNIO, les montants des revenus des bénéficiaires des BIM ne peuvent atteindre les plafonds de 11.763,02 et 2.177,65 EUR (à l'indice pivot 103,14 base 1996=100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être lorsque le mécanisme prévu aux articles 5 ou 72 de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations est mis en œuvre.

Au 1<sup>er</sup> décembre 2012 (indexation) :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
16.632,81 EUR	3.079,19 EUR



Circulaire O.A. n° 2012/497-3991/236 du 13 décembre 2012.

## IV. Statut OMNIO - Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance

En application des articles 38 et 39 de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 - Moniteur belge du 3 avril 2007 (2<sup>e</sup> éd.) fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1<sup>er</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et instaurant le statut OMNIO, les montants des revenus des bénéficiaires OMNIO ne peuvent atteindre les plafonds en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012 .

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2012 :

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2011)	
Titulaires	Personnes à charge
15.606,71 EUR	2.889,22 EUR

En vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013 :

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2012)	
Titulaires	Personnes à charge
16.306,86 EUR	3.018,84 EUR



Circulaire O.A. n° 2012/495-3991/234 du 13 décembre 2012.

## V. Intervention majorée de l'assurance (A.R. 01.04.2007)

### Montants immunisés du revenu cadastral

L'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 - Moniteur belge du 3 avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1<sup>er</sup> et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit l'immunisation des montants du revenu cadastral indexé de la maison d'habitation pour laquelle le titulaire peut prétendre à l'abattement forfaitaire de la maison d'habitation applicable en matière d'impôt des personnes physiques.

Les montants retenus s'élèvent respectivement à 743,68 EUR et 123,95 EUR pour le conjoint cohabitant et par personne à charge, ils doivent être indexés de la manière prévue à l'article 518 du code de l'impôt sur les revenus 1992 en les multipliant par le coefficient visé audit article 518. Un arrondi à la centaine est ensuite réalisé. Cet article 518 du CIR 1992 doit encore être revu.

Coefficient 1,6349 en 2012

Le montant pour 2012 est calculé sur base des instructions de la mécanographie du cadastre ; au départ du montant en EURO multiplication par le coefficient prévu et arrondissement normal à l'EURO.

Cela donne pour 2012 : 1.216 EUR

203 EUR

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012.



Circulaire O.A. n° 2012/447-3991/233 du 14 novembre 2012.

## VI. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3<sup>e</sup> al. de l'A.R. du 03.07.1996) - Résidents, indexation et moyenne annuelle

Ce montant de 25 285,14 EUR lié à l'indice-pivot des prix à la consommation 103,14 (base 1996 = 100) est adapté à l'évolution des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2012

Indexation des plafonds (montants en EUR)		
	Résidents	Personnes à charge (idem intervention majorée)
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2002	26.306,66	2.265,63
À partir du 1 <sup>er</sup> février 2002	26.832,59	2.310,92
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2003	27.368,64	2.357,09
À partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2004	27.914,79	2.404,13
À partir du 1 <sup>er</sup> août 2005	28.473,60	2.452,25
À partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2006	29.042,51	2.501,25
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2007	29.042,51	2.518,75
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2008	29.624,07	2.602,36
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2008	30.215,74	2.654,33
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.756,15
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2010 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2010	31.437,01	2.844,47
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2011	32.066,61	2.901,44
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2012	32.066,61	2.959,47
À partir du 1 <sup>er</sup> février 2012	32.708,86	3.018,74
À partir du 1 <sup>er</sup> décembre 2012	33.363,74	3.079,19

Moyenne annuelle (montants en EUR)		
	Résidents	Personnes à charge
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84

 Circulaire O.A. n° 2012/502-270/59, 273/59, 274/61, 276/111, 2790/59, 2791/59, 2792/58, 3910/1192 et 83/426 du 13 décembre 2012.

## VII. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus

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

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

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

1<sup>er</sup> septembre 2008 indexation

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

1<sup>er</sup> septembre 2010 indexation

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

1<sup>er</sup> mai 2011 indexation

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

1<sup>er</sup> février 2012 indexation

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

1<sup>er</sup> décembre 2012 indexation

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

Valeurs par trimestre (montants en EUR)		
1 <sup>er</sup> trimestre 2008	$2.065,42 \times 3/3$	2.065,42
2 <sup>e</sup> trimestre 2008	$2.065,42 \times 1/3 + 2.106,73 \times 2/3$	2.092,96
3 <sup>e</sup> trimestre 2008	$2.106,73 \times 2/3 + 2.148,87 \times 1/3$	2.120,78
4 <sup>e</sup> trimestre 2008	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
1 <sup>er</sup> trimestre 2009	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
2 <sup>e</sup> trimestre 2009	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
3 <sup>e</sup> trimestre 2009	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
4 <sup>e</sup> trimestre 2009	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
1 <sup>er</sup> trimestre 2010	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
2 <sup>e</sup> trimestre 2010	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
3 <sup>e</sup> trimestre 2010	$2.148,87 \times 2/3 + 2.191,85 \times 1/3$	2.163,20
4 <sup>e</sup> trimestre 2010	$2.191,85 \times 3/3$	2.191,85
1 <sup>er</sup> trimestre 2011	$2.191,85 \times 3/3$	2.191,85
2 <sup>e</sup> trimestre 2011	$2.191,85 \times 1/3 + 2.235,68 \times 2/3$	2.221,07
3 <sup>e</sup> trimestre 2011	$2.235,68 \times 3/3$	2.235,68
4 <sup>e</sup> trimestre 2011	$2.235,68 \times 3/3$	2.235,68
1 <sup>er</sup> trimestre 2012	$2.235,68 \times 1/3 + 2.280,40 \times 2/3$	2.265,49
2 <sup>e</sup> trimestre 2012	$2.280,40 \times 3/3$	2.280,40
3 <sup>e</sup> trimestre 2012	$2.280,40 \times 3/3$	2.280,40
4 <sup>e</sup> trimestre 2012	$2.280,40 \times 2/3 + 2.326,00 \times 1/3$	2.295,60

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2012



Circulaire O.A. n° 2012/501-248/55 du 13 décembre 2012.

## VIII. Maximum à facturer - Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2013

### a. Calcul de l'indice corrigé

Moyenne des indices des prix 2012 :	$\frac{121,05}{117,71}$	= 1,0284
Moyenne des indices des prix 2011 :		

## b) Plafonds de revenus pour l'exercice 2013 (montants en EUR)

de	0,00	à	17.523,66
de	17.523,67	à	26.939,35
de	26.939,36	à	36.355,07
de	36.355,08	à	45.378,45
dès	45.378,46		

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013.

 Circulaire O.A. n° 2013/21-3998/29 du 17 janvier 2013.

## IX. Article 326, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

### Récupération de prestations payées indûment par l'organisme assureur pour les soins de santé (indexation)

Lorsque le montant total des prestations payées indûment à un assuré social est inférieur à 25 EUR, pour les soins de santé, ou à 25 EUR, pour les indemnités d'incapacité de travail, l'organisme assureur est dispensé de récupérer ce montant.

Le montant pour les soins de santé est, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année et pour la première fois le 1<sup>er</sup> janvier 2011, adapté à l'évolution de la valeur de l'indice santé visée à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, entre le 30 juin de la deuxième année antérieure et le 30 juin de l'année antérieure.

Calcul index au 1<sup>er</sup> janvier 2013

2011	Indice santé	Moyenne
Mars	115,39	
Avril	115,57	
Mai	115,98	
Juin	116,43	115,84

 (A)

2012	Indice santé	Moyenne
Mars	119,01	
Avril	118,99	
Mai	119,15	
Juin	119,00	119,04

 (B)

$\frac{B}{A}$	=	$\frac{119,04}{115,84}$	=	2,76 %
---------------	---	-------------------------	---	--------

Calcul du montant au 1<sup>er</sup> janvier 2013

Montant de base (en EUR)	25,00		
Montant en date du			
01.01.2011	25,35	1,014	1,40 %
01.01.2012	26,11	1,0299	2,99 %
01.01.2013	26,83	1,0276	2,76 %

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013.



Circulaire O.A. n° 2013/85-65/21 du 19 février 2013.

## X. Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224, § 3)

### I. Éléments de base

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, les montants de référence du salaire journalier moyen requis pour obtenir la qualité de travailleur régulier doivent être réévalués.

Cette réévaluation s'opère en multipliant les montants repris dans la circulaire O.A. n° 2011/406-424/41 par 1,0403, coefficient qui exprime le rapport entre l'indemnité d'invalidité minimum avec charge de famille au 1<sup>er</sup> janvier 2012 et celle au 1<sup>er</sup> janvier 2011 (51,2499 EUR : 49,2624 EUR = 1,0403).

Le résultat de cette multiplication donne :

54,9344 EUR pour les titulaires âgés de 21 ans ou plus,

41,1883 EUR pour les titulaires âgés de 18 à 20 ans et

27,4672 EUR pour les titulaires de moins de 18 ans.

### II. Date d'application

1<sup>er</sup> janvier 2013.

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2011/406-424/41 du 6 octobre 2011 (B.I.-INAMI 2011/3, p. 371).

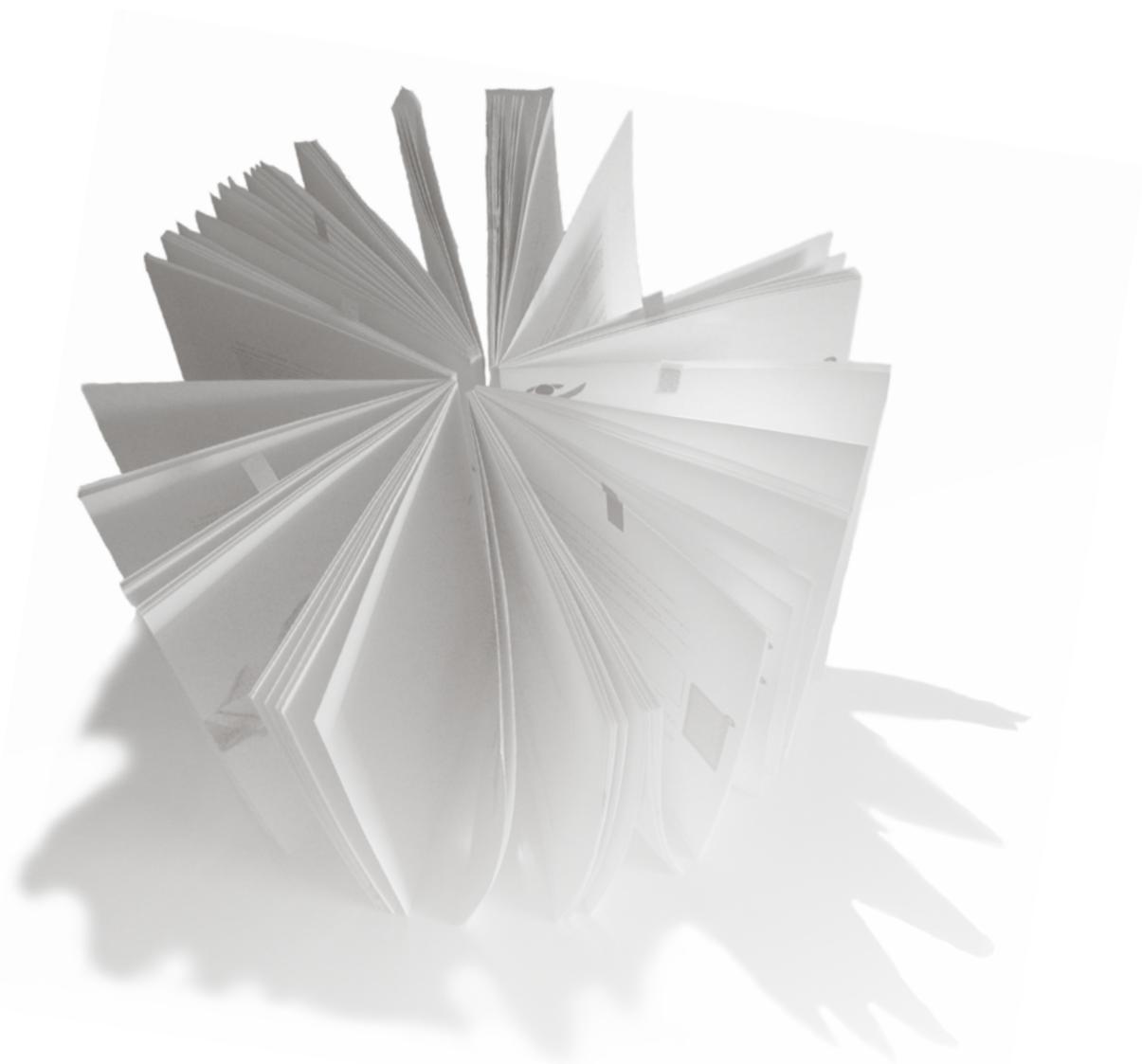


Circulaire O.A. n° 2012/450-424/42 du 19 novembre 2012.



# 7<sup>e</sup> Partie

## Statistiques



# I. Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 3<sup>e</sup> 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	
<b>Total médecins</b>	<b>1.710.151</b>	<b>3.381.409</b>	<b>4.982.143</b>	<b>6.665.920</b>	<b>6.867.386</b>
2. a) Honoraires dentaires	190.647	381.393	555.123	744.676	
b) Forfait accréditation	7	14	11.584	11.733	
<b>Total dentistes</b>	<b>190.654</b>	<b>381.407</b>	<b>566.707</b>	<b>756.409</b>	<b>773.864</b>
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	
<b>Total</b>	<b>1.170.480</b>	<b>2.363.296</b>	<b>3.575.596</b>	<b>4.827.149</b>	<b>5.022.137</b>

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	
<b>Total dialyse</b>	<b>91.580</b>	<b>180.073</b>	<b>269.356</b>	<b>370.813</b>	<b>376.821</b>
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	
<b>Total</b>	<b>572.217</b>	<b>1.096.237</b>	<b>1.644.218</b>	<b>2.203.113</b>	<b>2.180.172</b>
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
<b>Total</b>	<b>31.707</b>	<b>61.226</b>	<b>92.895</b>	<b>125.581</b>	<b>143.839</b>
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	
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>120.855</b>	<b>173.310</b>	<b>223.317</b>	<b>326.335</b>	<b>355.628</b>
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	
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>319</b>	<b>653</b>	<b>1.028</b>	<b>1.403</b>	<b>2.614</b>

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
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>678.048</b>
<b>Total général</b>	<b>5.743.071</b>	<b>11.365.173</b>	<b>16.928.056</b>	<b>22.823.459</b>	<b>24.249.164</b>

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	10.617	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	46	6.181	6.471	6.547	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	9.075	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	4.924	33.832	52.243	64.252	
m) Fonds d'impulsion	906	3.004	5.709	6.908	
n) Soutien de la pratique médecine générale	430	542	1.393	15.912	
<b>Total médecins</b>	<b>1.715.378</b>	<b>3.464.709</b>	<b>5.141.826</b>	<b>6.955.943</b>	<b>7.110.317</b>
2. a) Honoraires dentaires	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accréditation	7	12	13.121	13.287	13.198
<b>Total dentistes</b>	<b>198.161</b>	<b>388.851</b>	<b>579.468</b>	<b>775.562</b>	<b>810.470</b>
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
<b>Total</b>	<b>1.268.530</b>	<b>2.572.585</b>	<b>3.877.351</b>	<b>5.195.106</b>	<b>5.334.146</b>
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
<b>Total dialyse</b>	<b>94.125</b>	<b>188.558</b>	<b>288.423</b>	<b>391.476</b>	<b>396.291</b>

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	
<b>Total</b>	<b>604.424</b>	<b>1.169.916</b>	<b>1.766.594</b>	<b>2.366.241</b>	<b>2.367.070</b>
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
<b>Total</b>	<b>32.792</b>	<b>66.084</b>	<b>101.953</b>	<b>137.069</b>	<b>150.205</b>
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
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>125.352</b>	<b>160.709</b>	<b>223.499</b>	<b>329.653</b>	<b>379.760</b>
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
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>380</b>	<b>735</b>	<b>1.098</b>	<b>1.424</b>	<b>2.686</b>
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	1.305	1.488	2.752	8.441	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
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.148.607</b>
<b>Total général</b>	<b>5.993.230</b>	<b>11.922.699</b>	<b>17.837.635</b>	<b>24.077.384</b>	<b>25.869.336</b>

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	648.505	946.041		
b) Imagerie médicale	302.888	613.368	888.312		
c) Consultations, visites et avis	500.768	962.333	1.410.254		
d) Prestations spéciales	322.204	646.968	950.429		
e) Chirurgie	290.323	577.730	836.191		
f) Gynécologie	23.615	47.444	70.555		
g) Surveillance	100.801	201.122	294.631		
h) Forfait accréditation médecins	6.514	11.148	15.481		
i) Forfait dossier médical	0	0	0		
j) Forfait télématique	22	6.239	6.734		
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0		
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	17.226	28.408	41.145		
m) Fonds d'impulsion	1.424	1.612	2.613		
n) Soutien de la pratique médecine générale	432	637	685		
<b>Total médecins</b>	<b>1.886.293</b>	<b>3.745.514</b>	<b>5.463.071</b>	<b>0</b>	<b>7.304.023</b>
2. a) Honoraires dentaires	204.028	402.097	585.624		807.888
b) Forfait accréditation	15	26	13.893		14.148
<b>Total dentistes</b>	<b>204.043</b>	<b>402.123</b>	<b>599.517</b>	<b>0</b>	<b>822.036</b>
3. Prestations pharmaceutiques	1.135.948	2.254.430	3.297.719		4.304.383
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	288.368	590.632	888.252		1.199.992
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.255	12.079	22.771		20.861
6. Soins par kinésithérapeutes	165.660	320.101	469.518		624.882
7. Soins par bandagistes	62.531	129.706	195.504		284.392
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	159.805	317.848	464.597		651.979
10. Soins par opticiens	6.599	12.694	18.259		31.809
11. Soins par audiciens	11.282	23.094	35.435		56.349
12. Accouchements par accoucheuses	3.973	8.013	12.078		16.733
13. Prix de la journée d'entretien	1.271.657	2.565.405	3.859.934		5.300.578
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	58.763	119.917	177.611		237.051
Transport	0	0	0		238
<b>Total</b>	<b>1.330.420</b>	<b>2.685.322</b>	<b>4.037.545</b>	<b>0</b>	<b>5.537.867</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	472	2.560	2.586		7.921
15. Dialyse					
a) Médecins	38.132	76.126	114.164		154.741
b) Forfait dialyse rénale	35.417	71.041	106.796		143.225
c) À domicile, dans un centre	26.722	53.892	81.485		119.345
d) Dialyse de nuit	0	0	0		0
<b>Total dialyse</b>	<b>100.271</b>	<b>201.059</b>	<b>302.445</b>	<b>0</b>	<b>417.311</b>

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	620.074	935.500		
b) Maisons de repos pour personnes âgées	222.329	441.974	668.759		
c) Centres de soins de jour	4.624	9.212	13.929		
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.048	155.878	229.534		
e) Prime syndicale	2.388	2.503	2.503		
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0	0	0		
g) Centres de jour palliatifs	0	0	132		
<b>Total</b>	<b>625.175</b>	<b>1.229.641</b>	<b>1.850.357</b>	<b>0</b>	<b>2.516.463</b>
17. Fin de carrière	37.577	61.467	85.241		113.187
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	23.391	45.943	69.915		107.044
b) Initiatives d'habitation protégée	10.534	20.767	31.197		42.898
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	688	1.419	2.080		2.955
<b>Total</b>	<b>34.613</b>	<b>68.129</b>	<b>103.192</b>	<b>0</b>	<b>152.897</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	127.460	266.005	397.389		602.074
20. Fond Spécial	1.041	2.446	3.125		19.640
21. Logopédie	20.417	41.241	57.321		76.914
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0		0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.895	15.031	22.172		31.143
24. Régularisations + Refacturation	-33.826	-58.944	-73.342		-74.213
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	111.124	148.496	214.199		390.694
b) MAF fiscal	0	0	0		0
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>111.124</b>	<b>148.496</b>	<b>214.199</b>	<b>0</b>	<b>390.694</b>
26. Patients chroniques	20.662	37.980	64.451		105.939
27. Soins palliatifs	3.925	8.181	11.240		12.485
28. Soins palliatifs (patient)	3.625	6.980	10.443		19.683
29. Matériel corporel humain	1.613	3.162	4.905		6.617
30. Équipes multidisciplinaires voitures	171	339	504		551
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	108	191	303		462
b) COMA	134	262	376		594
c) Projets thérapeutiques	105	201	237		4.698
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>347</b>	<b>654</b>	<b>916</b>	<b>0</b>	<b>5.754</b>
32. Internés	4.001	17.602	17.699		33.595
33. Sevrage tabac	234	459	645		2.575
34. Circuit de soins psychiatriques	59	120	120		0

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	0		0
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000	3.000		3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0		0
38. Maisons médicales	22.018	45.212	69.984		98.417
39. SM/SLA/Huntington	1.654	3.703	5.681		8.850
40. Patients chroniques extra	0	0	0		8.696
41. Trajets de soins	0	0	0		0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0		0
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0		12.507
44. Maladies rares	0	0	0		3.053
45. Accord social	0	65	823		18.199
46. Divers	1.539	2.003	2.684		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
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>145.443</b>
<b>Total général</b>	<b>6.360.244</b>	<b>12.608.147</b>	<b>18.662.046</b>		<b>25.627.379</b>

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	2,7
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	-9,8
n) Soutien de la pratique médecine générale	-55,3	-62,6	-15,2	33,5
<b>Total médecins</b>	<b>0,3</b>	<b>2,5</b>	<b>3,2</b>	<b>4,4</b>
2. a) Honoraires dentaires	3,9	2,0	2,0	2,4
b) Forfait accréditation	0,0	-14,3	13,3	13,2
<b>Total dentistes</b>	<b>3,9</b>	<b>2,0</b>	<b>2,3</b>	<b>2,5</b>
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				
<b>Total</b>	<b>8,4</b>	<b>8,9</b>	<b>8,4</b>	<b>7,6</b>
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
<b>Total dialyse</b>	<b>2,8</b>	<b>4,7</b>	<b>7,1</b>	<b>5,6</b>

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
<b>Total</b>	<b>5,6</b>	<b>6,7</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>
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
<b>Total</b>	<b>3,4</b>	<b>7,9</b>	<b>9,8</b>	<b>9,1</b>
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
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>3,7</b>	<b>-7,3</b>	<b>0,1</b>	<b>1,0</b>
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 voitures	-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
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>19,1</b>	<b>12,6</b>	<b>6,8</b>	<b>1,5</b>

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en % - suite				
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	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	215,2	-20,6	20,2	-13,8
<b>Total général</b>	<b>4,4</b>	<b>4,9</b>	<b>5,4</b>	<b>5,5</b>

<b>Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en %</b>				
<b>Libellé</b>	<b>2012.1</b>	<b>2012.2</b>	<b>2012.3</b>	<b>2012.4</b>
	<b>2011.1</b>	<b>2011.2</b>	<b>2011.3</b>	<b>2011.4</b>
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	13,4	12,1	8,8	
b) Imagerie médicale	13,9	11,9	8,1	
c) Consultations, visites et avis	4,1	4,4	5,2	
d) Prestations spéciales	9,1	8,0	6,3	
e) Chirurgie	8,6	7,0	5,0	
f) Gynécologie	3,3	3,7	1,6	
g) Surveillance	10,4	8,8	6,9	
h) Forfait accréditation médecins	104,8	250,6	70,6	
i) Forfait dossier médical	0,0	0,0	0,0	
j) Forfait télématique	-52,2	0,9	4,1	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0	0,0	0,0	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	249,8	-16,0	-21,2	
m) Fonds d'impulsion	57,2	-46,3	-54,2	
n) Soutien de la pratique médecine générale	0,5	17,5	-50,8	
<b>Total médecins</b>	<b>10,0</b>	<b>8,1</b>	<b>6,2</b>	
2. a) Honoraires dentaires	3,0	3,4	3,4	
b) Forfait accréditation	114,3	116,7	5,9	
<b>Total dentistes</b>	<b>3,0</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>	
3. Prestations pharmaceutiques	3,9	2,8	1,0	
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	7,7	9,2	7,1	
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,5	25,4	15,5	
6. Soins par kinésithérapeutes	3,9	1,1	2,5	
7. Soins par bandagistes	6,2	5,4	5,7	
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	16,3	16,4	14,8	
10. Soins par opticiens	0,2	2,4	2,9	
11. Soins par audiciens	-5,7	-4,0	-0,1	
12. Accouchements par accoucheuses	3,3	6,3	4,9	
13. Prix de la journée d'entretien	4,5	4,1	3,9	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	13,1	11,8	9,5	
Transport				
<b>Total</b>	<b>4,9</b>	<b>4,4</b>	<b>4,1</b>	

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	-50,8	-66,0	
15. Dialyse				
a) Médecins	7,0	6,6	5,0	
b) Forfait dialyse rénale	8,3	8,2	6,1	
c) À domicile, dans un centre	3,6	4,8	3,0	
d) Dialyse de nuit	0,0	0,0	0,0	
<b>Total dialyse</b>	<b>6,5</b>	<b>6,6</b>	<b>4,9</b>	
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	5,6	6,7	6,2	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	0,7	3,5	4,0	
c) Centres de soins de jour	22,6	20,0	18,7	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	8,9	7,9	6,5	
e) Prime syndicale	2,0	6,9	-41,7	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-100,0	-100,0	-100,0	
g) Centres de jour palliatifs	0,0	0,0	0,0	
<b>Total</b>	<b>3,4</b>	<b>5,1</b>	<b>4,7</b>	
17. Fin de carrière	9,0	10,4	10,9	
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	2,0	-1,1	-3,0	
b) Initiatives d'habitation protégée	13,7	13,2	11,7	
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	16,6	12,6	8,4	
<b>Total</b>	<b>5,6</b>	<b>3,1</b>	<b>1,2</b>	
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	10,5	9,2	9,2	
20. Fond Spécial	-80,6	-71,2	-68,6	
21. Logopédie	4,2	4,3	4,2	
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0	0,0	0,0	
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	3,9	4,9	2,9	
24. Régularisations + Refacturation	-16,1	-10,2	-13,4	
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-11,4	-7,6	-4,2	
b) MAF fiscal	0,0	0,0	0,0	
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>-11,4</b>	<b>-7,6</b>	<b>-4,2</b>	
26. Patients chroniques	-0,5	6,5	16,3	
27. Soins palliatifs	10,0	6,7	6,1	

<b>Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en % - suite</b>				
<b>Libellé</b>	<b>2012.1</b>	<b>2012.2</b>	<b>2012.3</b>	<b>2012.4</b>
	<b>2011.1</b>	<b>2011.2</b>	<b>2011.3</b>	<b>2011.4</b>
28. Soins palliatifs (patient)	11,4	10,0	10,1	
29. Matériel corporel humain	33,6	22,4	21,0	
30. Équipes multidisciplinaires voitures	41,3	44,3	27,0	
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-15,0	-15,1	-4,7	
b) COMA	12,6	6,1	0,8	
c) Projets thérapeutiques	-21,6	-23,6	-41,8	
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>-8,7</b>	<b>-11,0</b>	<b>-16,6</b>	
32. Internés	-38,5	163,2	10,3	
33. Sevrage tabac	4,5	6,7	2,5	
34. Circuit de soins psychiatriques	1,7	-90,4	-93,0	
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,0	0,0	0,0	
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	12,9	10,2	11,1	
39. SM/SLA/Huntington	17,5	14,3	16,2	
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social			-89,7	
46. Divers	17,9	34,6	-2,5	
<b>Total général</b>	<b>6,1</b>	<b>5,7</b>	<b>4,6</b>	

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				
<b>Total médecins</b>	<b>25,8</b>	<b>51,3</b>	<b>74,8</b>	
2. a) Honoraires dentaires	25,3	49,8	72,5	
b) Forfait accréditation	0,1	0,2	98,2	
<b>Total dentistes</b>	<b>24,8</b>	<b>48,9</b>	<b>72,9</b>	
3. Prestations pharmaceutiques	26,4	52,4	76,6	
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	24,0	49,2	74,0	
5. Frais spécifiques services soins à domicile	49,2	57,9	109,2	
6. Soins par kinésithérapeutes	26,5	51,2	75,1	
7. Soins par bandagistes	22,0	45,6	68,7	
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	24,5	48,8	71,3	
10. Soins par opticiens	20,7	39,9	57,4	
11. Soins par audiciens	20,0	41,0	62,9	
12. Accouchements par accoucheuses	23,7	47,9	72,2	
13. Prix de la journée d'entretien	24,0	48,4	72,8	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	24,8	50,6	74,9	
Transport	0,0	0,0	0,0	
<b>Total</b>	<b>24,0</b>	<b>48,5</b>	<b>72,9</b>	
14. Hôpital militaire - prix all-in	6,0	32,3	32,6	

<b>Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2012 dans l'objectif 2012 - suite</b>				
<b>Libellé</b>	<b>2012.1</b>	<b>2012.2</b>	<b>2012.3</b>	<b>2012.4</b>
15. Dialyse				
a) Médecins	24,6	49,2	73,8	
b) Forfait dialyse rénale	24,7	49,6	74,6	
c) À domicile, dans un centre	22,4	45,2	68,3	
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>24,0</b>	<b>48,2</b>	<b>72,5</b>	
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				
<b>Total</b>	<b>24,8</b>	<b>48,9</b>	<b>73,5</b>	
17. Fin de carrière	33,2	54,3	75,3	
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	21,9	42,9	65,3	
b) Initiatives d'habitation protégée	24,6	48,4	72,7	
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	23,3	48,0	70,4	
<b>Total</b>	<b>22,6</b>	<b>44,6</b>	<b>67,5</b>	
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	21,2	44,2	66,0	
20. Fond Spécial	5,3	12,5	15,9	
21. Logopédie	26,5	53,6	74,5	
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	25,4	48,3	71,2	
24. Régularisations + Refacturation	45,6	79,4	98,8	
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	28,4	38,0	54,8	
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>28,4</b>	<b>38,0</b>	<b>54,8</b>	
26. Patients chroniques	19,5	35,9	60,8	
27. Soins palliatifs	31,4	65,5	90,0	
28. Soins palliatifs (patient)	18,4	35,5	53,1	
29. Matériel corporel humain	24,4	47,8	74,1	

<b>Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2012 dans l'objectif 2012 - suite</b>				
<b>Libellé</b>	<b>2012.1</b>	<b>2012.2</b>	<b>2012.3</b>	<b>2012.4</b>
30. Équipes multidisciplinaires voitures	31,0	61,5	91,5	
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	23,4	41,3	65,6	
b) COMA	22,6	44,1	63,3	
c) Projets thérapeutiques	2,2	4,3	5,0	
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>6,0</b>	<b>11,4</b>	<b>15,9</b>	
32. Internés	11,9	52,4	52,7	
33. Sevrage tabac	9,1	17,8	25,0	
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	100,0	100,0	100,0	
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	22,4	45,9	71,1	
39. SM/SLA/Huntington	18,7	41,8	64,2	
40. Patients chroniques extra	0,0	0,0	0,0	
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation	0,0	0,0	0,0	
44. Maladies rares	0,0	0,0	0,0	
45. Accord social	0,0	0,4	4,5	
46. Divers	4,7	6,1	8,2	
<b>Total général</b>	<b>24,8</b>	<b>49,2</b>	<b>72,8</b>	

**Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs**

Libellé	Décembre 2011 (1)	Mars 2012 (2)	Juin 2012 (3)	Septembre 2012 (4)
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	1,39	6,73	9,72	8,77
b) Imagerie médicale	5,06	8,70	10,74	8,73
c) Consultations, visites et avis	5,21	4,83	4,87	6,57
d) Prestations spéciales	2,75	4,84	5,73	5,41
e) Chirurgie	3,92	5,04	4,89	4,44
f) Gynécologie	3,43	3,52	3,67	1,61
g) Surveillance	3,21	5,80	5,95	5,76
h) Forfait accréditation médecins	-24,55	-3,08	29,13	17,82
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	2,75	1,76	3,38	4,54
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	114,90	262,64	33,03	-10,67
m) Fonds d'impulsion	-9,78	2,54	-22,91	-52,80
n) Soutien de la pratique médecine générale	33,49	39,73	45,35	30,27
<b>Total médecins</b>	<b>4,35</b>	<b>6,83</b>	<b>7,22</b>	<b>6,62</b>
2. a) Honoraires dentaires	2,36	2,12	3,11	3,39
b) Forfait accréditation	13,24	13,31	13,38	5,95
<b>Total dentistes</b>	<b>2,53</b>	<b>2,29</b>	<b>3,27</b>	<b>3,44</b>
3. Prestations pharmaceutiques	3,47	3,41	2,80	1,29
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	5,72	6,57	8,62	7,01
5. Frais spécifiques services soins à domicile	5,72	6,97	16,56	15,12
6. Soins par kinésithérapeutes	4,60	3,93	2,50	2,84
7. Soins par bandagistes	7,45	8,98	8,54	7,61
8. Soins par orthopédistes	5,11	3,02	2,58	4,47
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	6,74	9,18	11,43	13,04
10. Soins par opticiens	2,68	0,64	2,54	3,48
11. Soins par audiciens	7,53	4,71	0,18	1,21
12. Accouchements par accoucheuses	7,52	5,32	6,57	4,65
13. Prix de la journée d'entretien	7,55	6,58	5,18	4,23
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	9,29	10,37	10,21	8,68
Transport				
<b>Total</b>	<b>7,62</b>	<b>6,74</b>	<b>5,39</b>	<b>4,41</b>

(1) Décembre 2011 = (12 mois 2011) / (12 mois 2010)

(2) Mars 2012 = (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011) / (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010)

(3) Juin 2012 = (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011) / (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010)

(4) Septembre 2012 = (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011) / (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010)

**Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite**

Libellé	Décembre 2011 (1)	Mars 2012 (2)	Juin 2012 (3)	Septembre 2012 (4)
14. Hôpital militaire - prix all-in	42,19	1,33	-30,40	-51,33
15. Dialyse				
a) Médecins	5,33	6,22	5,89	4,26
b) Forfait dialyse rénale	6,44	7,88	8,46	5,80
c) À domicile, dans un centre	4,81	5,14	4,89	1,41
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>5,57</b>	<b>6,50</b>	<b>6,51</b>	<b>4,01</b>
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	13,51	12,09	10,74	8,00
b) Maisons de repos pour personnes âgées	1,76	1,23	2,38	2,75
c) Centres de soins de jour	18,43	21,80	21,70	21,21
d) Harmonisation salariale personnel MRS	0,81	5,84	6,83	5,84
e) Prime syndicale	87,06	85,39	90,30	-41,70
f) Renouvellements de soins (art. 56)	3,55	-52,85	-69,38	-75,76
g) Centres de jour palliatifs	-48,89	-48,89	-48,89	
<b>Total</b>	<b>7,40</b>	<b>6,79</b>	<b>6,55</b>	<b>5,35</b>
17. Fin de carrière	6,60	10,47	10,94	11,01
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	10,45	9,40	4,27	-1,31
b) Initiatives d'habitation protégée	5,72	9,81	12,22	12,57
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	14,60	16,88	12,88	9,92
<b>Total</b>	<b>9,15</b>	<b>9,65</b>	<b>6,65</b>	<b>2,73</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	5,33	7,38	7,52	8,62
20. Fond Spécial	-36,20	-61,69	-68,42	-71,83
21. Logopédie	6,39	5,31	4,86	4,25
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	9,63	5,04	3,81	0,57
24. Régularisations + Refacturation	-20,43	-19,66	-18,07	-19,17
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	1,02	-4,66	1,18	-1,89
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>1,02</b>	<b>-4,66</b>	<b>1,18</b>	<b>-1,89</b>

(1) Décembre 2011 = (12 mois 2011) / (12 mois 2010)  
(2) Mars 2012 = (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011) / (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010)  
(3) Juin 2012 = (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011) / (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010)  
(4) Septembre 2012 = (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011) / (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010)

<b>Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite</b>				
<b>Libellé</b>	<b>Décembre 2011 (1)</b>	<b>Mars 2012 (2)</b>	<b>Juin 2012 (3)</b>	<b>Septembre 2012 (4)</b>
26. Patients chroniques	0,62	0,30	3,23	11,33
27. Soins palliatifs	9,50	11,67	9,24	8,89
28. Soins palliatifs (patient)	3,08	4,93	6,92	9,15
29. Matériel corporel humain	-0,98	10,79	11,26	22,33
30. Equipes multidisciplinaires voitures	3,28	14,48	25,05	20,68
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	10,41	-5,65	-7,75	-5,83
b) COMA	3,09	5,97	6,40	3,50
c) Projets thérapeutiques	-5,79	-13,84	-23,63	-38,96
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>1,50</b>	<b>-4,99</b>	<b>-9,56</b>	<b>-15,68</b>
32. Internés	-15,16	-16,63	42,44	-0,58
33. Sevrage tabac	36,99	18,13	12,91	4,92
34. Circuit de soins psychiatriques	-9,21	-11,78	-57,75	-89,74
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,00	-34,34	0,00	0,00
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	18,94	19,13	16,50	14,16
39. SM/SLA/Huntington	25,70	22,76	16,43	16,11
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social				37,31
46. Divers	-13,77	-18,77	-4,42	-18,33
<b>Total général</b>	<b>5,49</b>	<b>5,94</b>	<b>5,91</b>	<b>4,91</b>
(1) Décembre 2011 = (12 mois 2011) / (12 mois 2010)				
(2) Mars 2012 = (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011) / (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010)				
(3) Juin 2012 = (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011) / (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010)				
(4) Septembre 2012 = (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011) / (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010)				

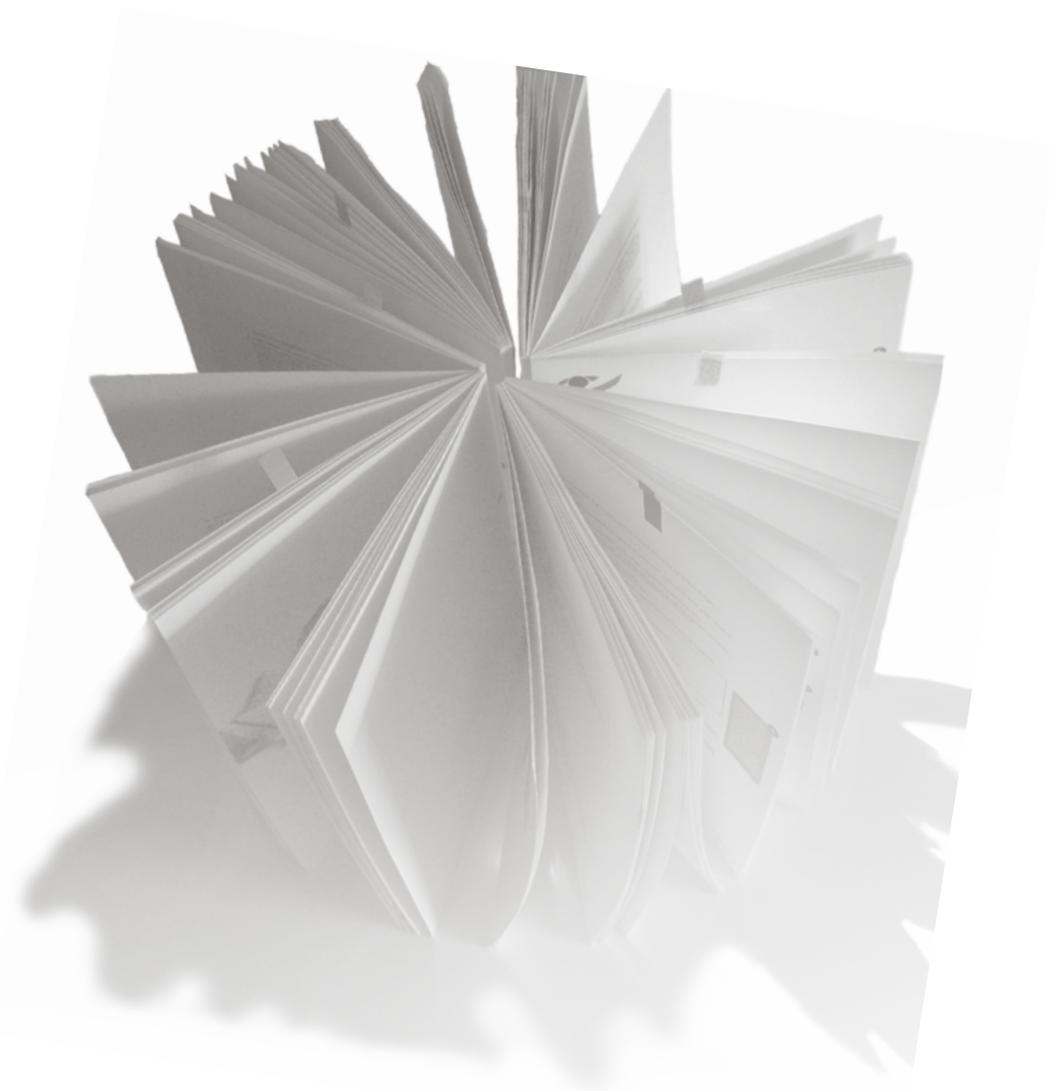
## II. Évolution du nombre de dispensateurs de soins au 31 décembre

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Médecins							
- Médecins de médecine générale	18.028	17.934	17.909	17.986	18.027	18.070	18.214
- Médecins spécialistes	20.801	21.459	22.020	22.406	22.768	23.170	23.500
Pharmaciens	12.109	12.305	12.602	12.892	13.201	13.546	13.880
Dentistes	8.714	8.643	8.668	8.681	8.822	8.880	8.996
Accoucheuses	5.466	5.504	5.592	5.640	5.897	6.203	6.518
Infirmières	65.946	62.701	64.744	67.373	68.160	70.828	73.750
Kinésithérapeutes	25.406	25.683	26.123	26.514	27.059	27.672	28.423
Logopèdes	4.148	4.465	4.856	5.225	5.671	6.140	6.692
Orthoptistes	94	93	100	104	107	109	109
Orthopédistes	454	475	482	504	517	553	576



# 8<sup>e</sup> 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](http://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<sup>1</sup> + 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<sup>1</sup> + 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<sup>1</sup> + 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<sup>1</sup> + 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 <sup>1</sup> + 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 <sup>1</sup> + mises à jour 2013 .....	Feuilles interchangeables ... 12,00

### g. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de a à f inclus)

Textes de base <sup>1</sup> + 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 <sup>1</sup> + 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](http://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 <sup>1</sup> + mises à jour 2013 .....	Feuilles interchangeables .. 68,00
Mises à jour 2013 .....	45,00

### b. Règles interprétatives de la nomenclature

Texte de base <sup>1</sup> + 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](http://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 <sup>2</sup> .....	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 <sup>1</sup> + 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 .....

### 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](http://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

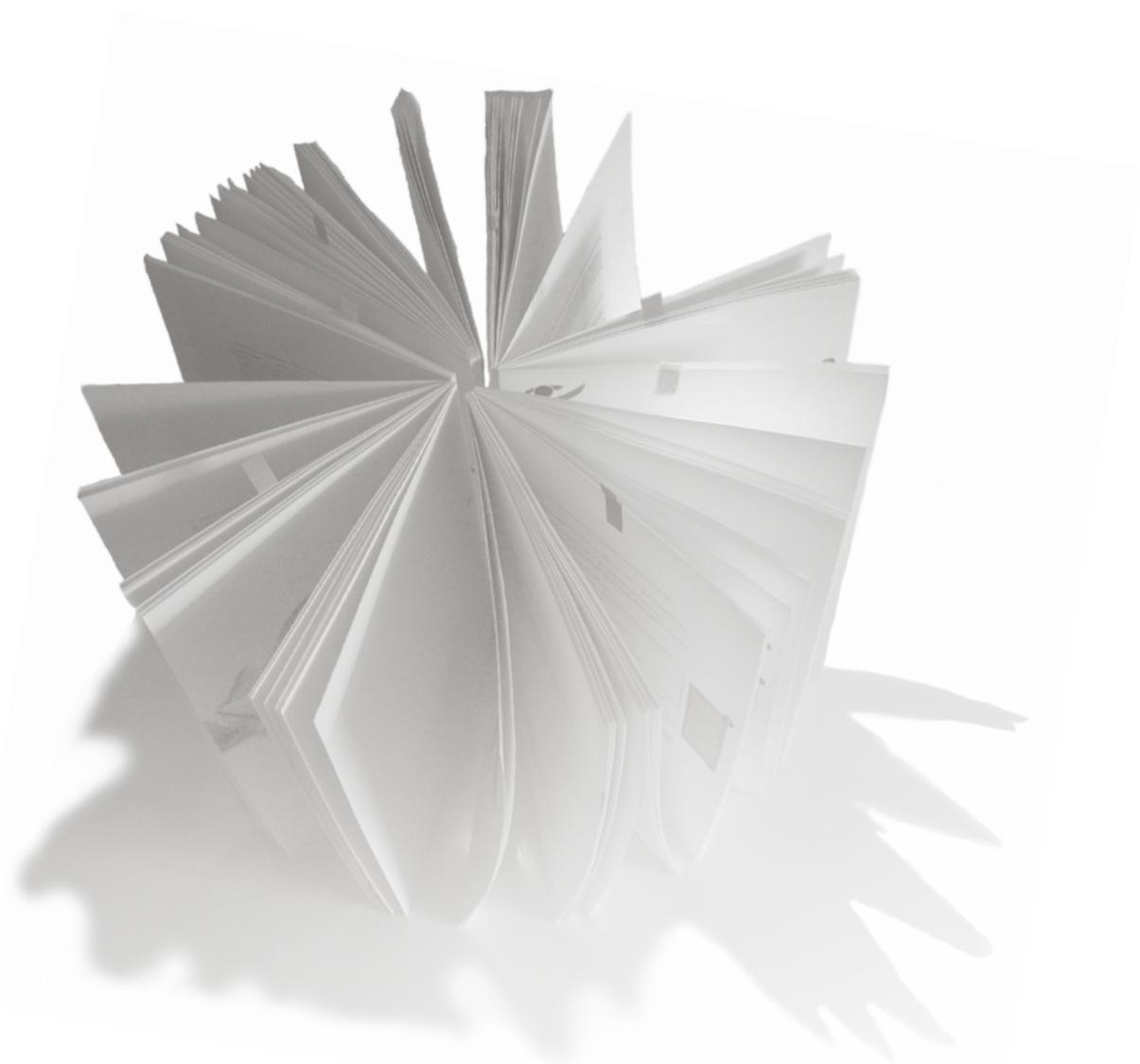
 Pour obtenir des renseignements ou retirer les publications suivantes, veuillez vous adresser à :

Publication	Contact
1, 2, 3, 4	Service abonnements tél. 02/739 72 32, e-mail : <a href="mailto:abonnee@inami.fgov.be">abonnee@inami.fgov.be</a>
5.a, b et c	Cellule communication tél. 02/739 72 10, e-mail : <a href="mailto:communication@inami.fgov.be">communication@inami.fgov.be</a>
5.d	Service des soins de santé tél. 02/739 77 77, e-mail : <a href="mailto:fonds-solidarite@inami.fgov.be">fonds-solidarite@inami.fgov.be</a>
5.f	Service des soins de santé tél. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail : <a href="mailto:daniel.vandenbergh@inami.fgov.be">daniel.vandenbergh@inami.fgov.be</a>
5.g	Service de documentation tél. 02/739 70 91, e-mail : <a href="mailto:bib@inami.fgov.be">bib@inami.fgov.be</a>

 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.



# Sommaire de l'année 2012



## 1<sup>re</sup> Partie - Études<sup>1</sup>

Chronique de la jurisprudence du Conseil d'État (1995 – 2010), par I. Meyers et P.-A. Briffeuil	4
Chronique de la jurisprudence du Conseil d'État (1993 – 2011), par P.-A. Briffeuil	144
Le contrôle social dans l'assurance maladie-invalidité à la lumière du nouveau Code pénal social , par G. Cools	304
L'expertise dans le cadre de la loi relative aux accidents médicaux, par M. Stevens	440

## 2<sup>e</sup> Partie – Évolution de la législation

Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	
• 4 <sup>e</sup> trimestre 2011	46
• 1 <sup>er</sup> trimestre 2012	172
• 2 <sup>e</sup> trimestre 2012	338
• 3 <sup>e</sup> trimestre 2012	468

## 3<sup>e</sup> Partie - Jurisprudence

### Cour constitutionnelle

Cour constitutionnelle, 24 mai 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 174 – Charte de l'assuré social, article 17 – Récupération de l'indu	352
---	-----

Cour constitutionnelle, 20 décembre 2012, questions préjudicielles Charte de l'assuré social, article 2 Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, article 3 Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités – Régime d'assurance maladie complémentaire – Charte de l'assuré social	478
--	-----

### Conseil d'État

Conseil d'État, section du contentieux administratif, 8 mars 2012 Procédure en Cassation contre une décision de la Chambre de recours instituée auprès du SECM	62
--	----

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
---	-----

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

Conseil d'État, section du contentieux administratif, 17 septembre 2012 Code judiciaire, article 828 – Loi du 14 juillet 1994, articles 140, 142, 144, 145, 146 et 191 – Évaluation et contrôle médical – Chambre de recours – Médecins conseil – Impartialité – Fonction juridictionnelle	357
<b>Cour de cassation</b>	
Cour de Cassation, 4 juin 2012 Prestations de santé – Spécialités pharmaceutiques – Appréciation de la valeur thérapeutique Arrêté royal du 21 décembre 2001, article 1 <sup>er</sup> , 21 <sup>o</sup> et l'article 2, annexe I, chapitre IV, paragraphe 228, 3)	188
<b>Cour du travail</b>	
Cour du travail de Mons, 2 février 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 174, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> et alinéa 3 – Prescription quinquennale en cas de manœuvres frauduleuses – Délai raisonnable – Suspension du cours des intérêts	67
Cour du travail de Mons, 9 février 2012 Règlement CEE 1408/71, article 22 – Suisse – Loi du 30 janvier 2002	65
Cour du travail de Bruxelles, 10 février 2012 Loi du 14 juillet 1994, article 55 <i>bis</i> – A.R. du 2 août 2002 – Plan social kinés – Non rétroactivité des lois et arrêtés – Article 23 de la Constitution – Principe de légitime confiance	71
Cours du travail de Mons, 26 avril 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 – État antérieur	194
Cour du travail de Bruxelles, 26 avril 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 – Retour à l'état antérieur	196
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
Cour du travail de Mons, 13 septembre 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 – Incapacité de travail – Cessation des activités Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 174 - Reprise de travail non autorisée - Manoeuvres frauduleuses	361
Cour du travail de Mons, 17 octobre 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, articles 101 et 102 – Incapacité de travail – Reprise non autorisée	367
Cour du travail de Gand, section de Gand, 12 novembre 2012 Droit judiciaire, articles 782 et 785 – Jugement – Nullité Droit judiciaire, article 973, § 1 <sup>er</sup> – Expertise – Caractère contradictoire	491
Cour du travail de Bruxelles, 22 novembre 2012 Constitution, article 159 – Exception d'illégalité Décision de l'INAMI – Notification par organisme assureur – Acte administratif	484

Cour du travail d'Anvers, section d'Hasselt, 13 décembre 2012 Droit judiciaire, articles 1054 et 1056 – Appel incident – Qualité des parties	492
Cour du travail de Bruxelles, 7 janvier 2013	
Compétence liée – Office du juge Action en garantie – Responsabilité civile – Imputabilité	487
<b>Tribunal du travail</b>	
Tribunal de première instance de Bruxelles, 1 <sup>er</sup> octobre 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 35 <i>bis</i> – Remboursement de médicaments – Révision – Aucune apparence de droit	373

## 4<sup>e</sup> Partie – Questions et réponses parlementaires

Maison médicale Avantages	78
Carte d'identité sociale Coparenté – Attestation d'assuré social	82
Accompagnement au sevrage tabagique	83
Personnes âgées Politique de santé – Secteur résidentiel – Lits de maison de repos	85
Soins palliatifs Approche	88
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	206
Médicaments Méthylphénidate – Traitement du TDAH – Avis CSS 8570	208
Accord national médico-mutualiste du 21 décembre 2011 Honoraires d'accréditation – En fonction du conventionnement	210
Dossier médical global Module de prévention – Gratuit pour les personnes entre 45 et 75 ans	212
Organismes assureurs Montants indûment payés – Récupération – Accord de remboursement	213
Fraude sociale Contrôle	219
Soins dentaires Accessibilité – Mesures pour l'améliorer	222
Rapport Qualidem Recommandations – Réalisation des mesures – État des lieux	224

Statut OMNIO	
Nombre de bénéficiaires	380
INAMI	
Intégration du Fonds des accidents médicaux	381
Incapacité de travail	
Déclaration	383
Fonds des accidents médicaux (FAM)	
Indemnisation des dommages résultant de soins de santé – Ayants droit	498
Maintien à l'emploi pour les personnes de 65 ans ou plus	
Maintien d'une couverture sociale suffisante – Différence entre assurance indemnités d'incapacité de travail et assurances accidents de travail et maladies professionnelles	499
Financement supplémentaire des maisons travaillant avec des personnes atteintes de démence	
Nouvelles catégorie D de dépendance – Normes en matière de personnel	502
INAMI	
Système du remboursement de prestations réclamé aux hôpitaux – Sanctions pour 2012 – Différences régionales – Méthodologie des montants de référence	504
Lutte contre la fraude sociale	
Inspection sociale – Recours au procès-verbal électronique – Coût du projet	506

## 5<sup>e</sup> Partie – Directives de l'INAMI

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
Écartement du travail des travailleuses enceintes – Suppression de la compétence du Fonds des Maladies Professionnelles en cette matière	243
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
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
Charte de l'assuré social : conséquences de l'arrêt rendu par la Cour constitutionnelle au sujet de l'article 174, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, dans le secteur des soins de santé et des indemnités – Instructions aux organismes assureurs	386
Paiement forfaitaire de certaines prestations	390

Règlement du 14 décembre 2009 modifiant le Règlement du 22 mai 2006 du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la "Charte" de l'assuré social Renonciation à la récupération d'un indu en matière de soins de santé Procédure et pièces justificatives	391
Réadaptation professionnelle dans le cadre de l'assurance indemnités : questions pratiques	396
Demande de renonciation à la récupération des indemnités en application de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 : procédure administrative	512
Demande de renonciation à la récupération des indemnités en application de l'article 11 du règlement du 12 février 2001 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social : procédure administrative	515

## 6<sup>e</sup> Partie – Données de base

Adaptation des indemnités à l'indice santé	
1. Régime général	92
2. Régime des travailleurs indépendants	104
Revalorisation des indemnités	266
Cotisation à payer par certains titulaires	520
Statut BIM	
Moyenne des montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> et 6 <sup>o</sup> ) pour les années 2011-2012	522
Statut BIM	
Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> et 6 <sup>o</sup> ) à partir du 1 <sup>er</sup> décembre 2012 Indexation	523
Statut OMNIO	
Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance	524
Intervention majorée de l'assurance (A.R. 01.04.2007) Montants immunisés du revenu cadastral	524
Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficiaire d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3 <sup>e</sup> al. de l'A.R. du 03.07.1996) Résidents, indexation et moyenne annuelle	525
Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus	527

Maximum à facturer - Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2013 528

Article 326, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996  
Récupération de prestations payées indûment par l'organisme assureur pour les soins de santé (indexation) 529

Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224, § 3) 531

## 7<sup>e</sup> Partie - Statistiques

Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé

Année 2011 112  
1<sup>er</sup> trimestre 2012 270  
1<sup>er</sup> semestre 2012 406  
3<sup>e</sup> trimestre 2012 534

Évolution du nombre de dispensateurs de soins 555

## 8<sup>e</sup> Partie - Bibliographie

European Yearbook of Disability Law 292  
Cross – Border Welfare State 292  
Synopsis du droit du travail belge 428

## 9<sup>e</sup> Partie – Prix des publications

Publications de l'INAMI et tarifs pour 2012 et 2013 134, 296, 430, 558

#### Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts  
M. Luc Maroy  
M. Paul-André Briffeuil  
Mme Isabelle Daumerie  
Mme Nancy De Marneffe  
Mme Christel Heymans  
Mme Linda Maesen  
Mme Caroline Lekane  
Mme Sarah Stevens  
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 - 32 EUR  
IBAN : BE 84 6790 2621 5359  
Tél. 02/739 72 32  
Fax 02/739 72 91  
E-mail : [abonnee@inami.fgov.be](mailto:abonnee@inami.fgov.be)

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726