



Service du contrôle administratif

Rapport d'activités 2013



Sommaire

Avant-propos	2
1 ^e Partie - Carte d'identité	3
I. Missions	4
II. Stratégie	4
1. Information & contrôle	5
2. Responsabilisation & régulation	5
III. Structure & organisation	6
1. Structure	6
2. Organisation	7
3. Personnel	10
IV. Concertation	10
2 ^e Partie - Rétro 2013	13
I. Information & contrôle	14
1. Contrôles thématiques	14
2. Actions de lutte contre la fraude sociale	20
3. Les contrôles à la demande, d'initiative et le suivi des dossiers	28
4. Cellule data-analyse	30
5. Contrôle et gestion des données d'accessibilité à l'assurance et archivage des données	32
6. Modernisation des formulaires à utiliser par les O.A.	44
II. Responsabilisation & régulation	47
1. Responsabilisation financière des O.A.	47
2. Décisions relevant de la compétence discrétionnaire du fonctionnaire dirigeant	50
3. Contentieux	55
3 ^e partie - Infos pratiques	63
I. Carnet d'adresse	64
1. Le siège social de l'INAMI	64
2. Les bureaux du SCA	64
3. Données de contact	65
II. Pictogrammes et abréviations	65
1. Pictogrammes	65
2. Abréviations	66
III. Index des tableaux	67

Avant-propos

Chers lecteurs,

Nous avons le plaisir de vous présenter le rapport d'activités du Service du contrôle administratif (SCA) de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

Cette troisième édition illustre les activités réalisées au cours de l'année 2013. Les chiffres-clés de l'année écoulée y sont également présentés.

Chaque année apporte son lot de nouveautés. Celle de 2013 n'échappe pas à la règle.

Parmi celles-ci, citons :

- la mise en production d'un programme permettant de gérer les mutations des assurés entre mutualités et organismes assureurs
- le développement des activités de la cellule data-analyse spécialisée dans le data-matching et le croisement de flux de données afin de mieux cibler les contrôles en mutualités et d'investiguer de nouveaux domaines de contrôle
- l'intensification de la lutte contre la fraude sociale, notamment en matière de domiciliations fictives
- la réalisation d'une application informatique permettant la gestion intégrée des assujettissements erronés et frauduleux au régime ainsi que l'introduction « on line » de données émanant des mutualités. Ceci a constitué un projet pilote pour l'INAMI.

Le SCA a également, au cours de l'année écoulée, développé les techniques de gestion de projet et de description des processus de travail (BPMN) en vue de l'adoption du dossier électronique.

Le développement des actions du SCA s'inscrit dans le processus de modernisation initié il y a plusieurs années.

C'est dans cette optique que le SCA s'est engagé à mener à bien plusieurs projets pilotes et innovants en 2013, mais également pour les années à venir !

Ce progrès est possible grâce à l'investissement et au dynamisme qui animent toutes les équipes du SCA ainsi qu'à l'étroite collaboration que nous entretenons avec nos partenaires au sein de la sécurité sociale.

L'année 2014 sera encore riche de nouvelles étapes, mais la page reste à écrire.

Nous vous souhaitons une bonne lecture !

Patricia Heidbreder
Fonctionnaire dirigeant



1^e Partie

Carte d'identité



I. Missions

Le Service du contrôle administratif (SCA) constitue l'un des 5 services de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

L'INAMI est une institution publique de sécurité sociale sous la tutelle du Ministre des Affaires sociales qui gère et contrôle l'assurance obligatoire en matière de soins de santé et indemnités (assurance SSI).

 Plus d'informations sur les missions de l'INAMI sur le site : www.inami.be, rubrique 'L'INAMI'.

Dans ce cadre, le SCA :

- veille à l'application correcte et uniforme de la réglementation relative à l'assurance SSI
- contrôle l'utilisation optimale des ressources financières de l'assurance SSI
- lutte contre la fraude sociale
- assure l'accès des assurés sociaux à l'assurance SSI
- garantit une égalité de traitement entre chaque assuré social.

Les missions du SCA s'orientent vers :

- les 7 organismes assureurs (O.A.), et plus particulièrement les mutualités qu'ils chapeautent
- les assurés sociaux.

 Vous trouvez une liste des mutualités sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Citoyen > Mutualités > Contactez les mutualités.

II. Stratégie

Pour mettre en œuvre ses missions, le SCA développe une stratégie qui repose sur 2 piliers :

- l'information et le contrôle
- la responsabilisation et la régulation.



Les 7 organismes assureurs sont :

- ANMC : Alliance nationale des mutualités chrétiennes

- UNMN : Union nationale des mutualités neutres

- UNMS : Union nationale des mutualités socialistes

- UNML : Union nationale des mutualités libérales

- MLOZ : Mutualités libres – Onafhankelijke ziekenfondsen

- CAAMI : Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité

- SNCB Holding : Caisse de la Société nationale des chemins de fer belges.

1. Information & contrôle

Le SCA:

- informe et conseille les O.A. quant à l'application de la réglementation relative à l'assurance SSI
- contrôle la qualité des prestations des O.A.
- contrôle l'application uniforme de la réglementation relative à l'assurance SSI
- lutte contre la fraude sociale
- contrôle le cumul illégal du bénéfice d'indemnités d'incapacité de travail, de congés de maternité, de congés de paternité et d'adoption avec l'exercice d'une activité professionnelle frauduleuse ou non
- contrôle la conformité des documents sociaux délivrés par les employeurs
- gère et contrôle les données qui permettent l'ouverture et le maintien du droit aux soins de santé et aux indemnités d'incapacité de travail des assurés sociaux, ou qui sont utilisées pour octroyer des mesures d'accessibilité financière (MAF, BIM, OMNIO, ...)
- gère et contrôle les données qui permettent de réduire l'intervention personnelle dans les frais de soins de santé pour certaines catégories d'assurés sociaux
- réalise des projets de circulaires et répond aux questions parlementaires
- conçoit des textes légaux et réglementaires sur les matières relevant de sa compétence.

2. Responsabilisation & régulation

Le SCA:

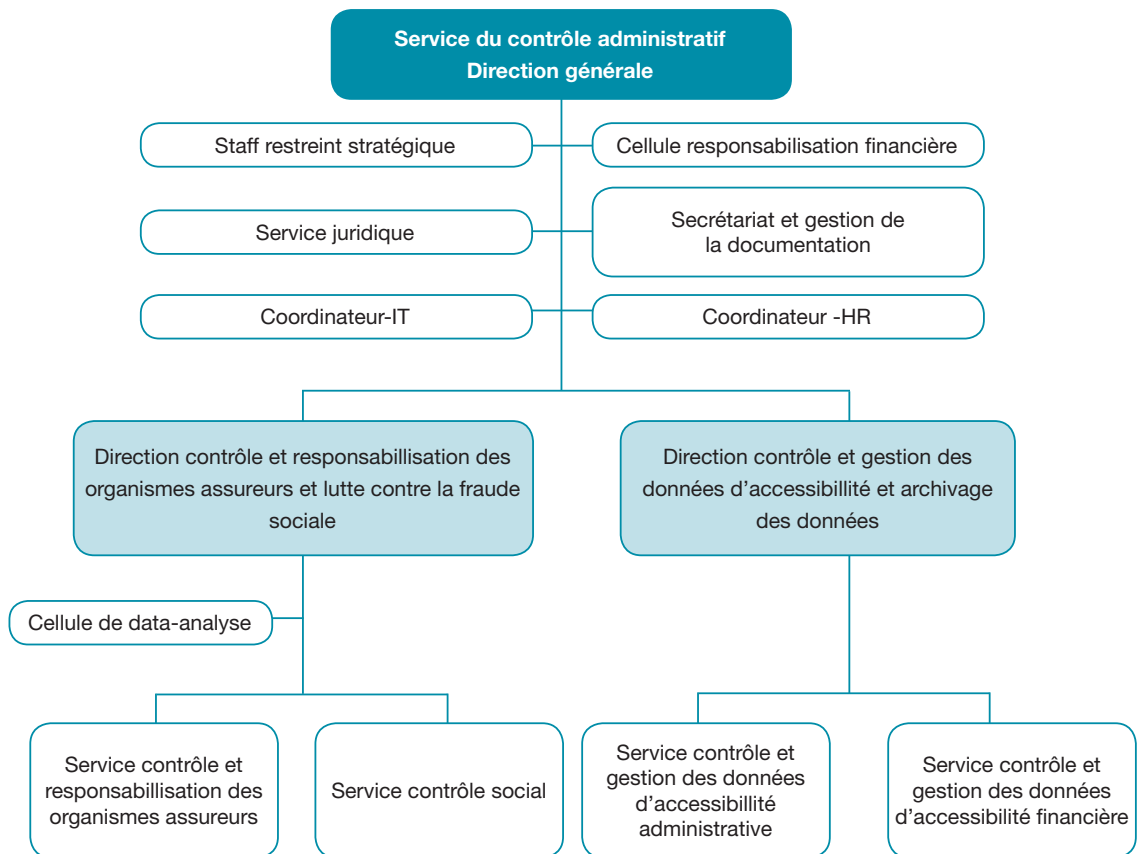
- communique à l'Office de contrôle des mutualités (OCM) les données d'évaluation des performances de gestion des O.A. qui permettent de déterminer la partie variable de leurs frais d'administration
- constate les infractions aux dispositions de la réglementation
- constate et détermine les prestations indues et supplémentaires des assurés sociaux
- prend des décisions administratives sur base des dossiers des assurés sociaux
- traite les litiges relatifs aux activités de contrôle
- sanctionne le non-respect de la réglementation
- traite les sanctions administratives applicables aux O.A. et aux assurés sociaux.

III. Structure & organisation

1. Structure

Le SCA est composé :

- d'une direction générale
- d'un staff restreint stratégique
- d'une cellule responsabilisation financière
- d'une cellule de data-analyse
- de 2 services de soutien
- des coordinateurs IT et ressources humaines
- de 2 directions opérationnelles.



2. Organisation

a. Direction générale

Le fonctionnaire dirigeant:

- définit la stratégie du SCA
- gère et coordonne les activités du SCA
- prend des décisions administratives qui relèvent de son pouvoir discrétionnaire.

b. Soutien opérationnel

Pour accomplir ses tâches, le fonctionnaire dirigeant reçoit le soutien :

- du staff restreint stratégique
- de la cellule responsabilisation financière
- du coordinateur IT et du Service informatique
- du coordinateur ressources humaines
- du Service secrétariat et gestion de la documentation
- du Service juridique.

SUPPORT STRATÉGIQUE

Le staff restreint stratégique est composé des coordinateurs et des conseillers du SCA. Celui-ci :

- soutient le service dans la réalisation de ses objectifs stratégiques
- réfléchit à des orientations générales en matière d'organisation de projets et de développement du Service
- définit des processus clairs pour l'ensemble des directions du SCA
- élabore un plan prévisionnel combiné en matière RH, IT et communication
- fixe des priorités, notamment pour les projets du plan opérationnel.

SOUTIEN DANS LE CADRE DE LA RESPONSABILISATION FINANCIÈRE

La cellule responsabilisation financière, qui a été récemment mis en place :

- soutient la direction générale dans l'exécution des missions du SCA et des objectifs du contrat d'administration dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A.
- effectue des études et des analyses relatives à la responsabilisation financière des O.A.
- fait des propositions méthodologiques et procédurales en matière de responsabilisation des O.A. quant à leur frais d'administration
- propose des critères et des indicateurs permettant d'évaluer le fonctionnement des O.A.

SUPPORT INFORMATIQUE

Le coordinateur IT :

- suit et développe des projets qui nécessitent des applications informatiques
- procède à la maintenance des applications et du matériel informatique
- développe les applications informatiques du SCA
- collabore aux projets informatiques avec le Service IT centralisé de l'INAMI.

SUPPORT RH

Le coordinateur ressources humaines :

- soutient le fonctionnaire dirigeant en ce qui concerne les changements organisationnels et le développement organisationnel
- construit et garantit une politique RH cohérente pour l'ensemble de l'INAMI en collaborant avec le Service RH centralisé de l'INAMI
- identifie les besoins en personnel et procède aux sélections
- encadre et accompagne les collaborateurs en matière de formation, résolution de conflits, développement de carrière.

SUPPORT SECRÉTARIAT ET GESTION DE LA DOCUMENTATION

Le Service secrétariat et gestion de la documentation est composé d'une équipe de soutien administratif qui :

- traite le courrier entrant et se charge de l'envoi de la correspondance
- gère les notes et P.V. des différents organes de gestion
- réceptionne, distribue et tient à jour la documentation administrative.

SUPPORT JURIDIQUE

Le Service juridique est composé de juristes et d'une équipe de soutien administratif qui :

- traitent les dossiers de sanctions administratives applicables aux O.A. et aux assurés sociaux
- prennent des décisions administratives sur des dossiers pour lesquels les assurés sociaux invoquent la suspension de la prescription pour cause de force majeure dans le cadre de leur demande d'indemnités d'incapacité de travail ou de soins de santé
- traitent les litiges relatifs aux activités de contrôle
- conçoivent des textes légaux et réglementaires sur les matières relevant de la compétence du SCA
- réalisent des projets de circulaires et répondent aux questions parlementaires.

c. Directions opérationnelles

CONTRÔLE ET RESPONSABILISATION DES O.A. ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

La Direction contrôle et responsabilisation des O.A. et lutte contre la fraude sociale :

- veille à l'application uniforme par les O.A. de la réglementation soins de santé et indemnités et à l'utilisation optimale des ressources financières qui y sont liées
- lutte contre la fraude sociale.

Pour accomplir ses tâches, la Direction est composée :

- du Service contrôle et responsabilisation des O.A.
- du Service contrôle social.

LE SERVICE CONTROLE ET RESPONSABILISATION DES O.A.

Le Service contrôle et responsabilisation des O.A. est composé d'une équipe de support administratif et d'inspecteurs sociaux qui :

- réalisent des contrôles au sein des O.A. et des mutualités
- informent, conseillent et contrôlent les O.A. quant à l'application des dispositions réglementaires de l'assurance SSI
- détectent les cumuls interdits entre des indemnités d'incapacité de travail et un travail déclaré, un travail non déclaré ou une indemnité de rupture de contrat.

LE SERVICE CONTROLE SOCIAL

Le Service contrôle social est composé d'une équipe de support administratif et de contrôleurs sociaux qui :

- réalisent des contrôles pour détecter et constater le cumul d'indemnités avec du travail au noir.

CELLULE DATA ANALYSE

La cellule de data-analyse est composée de 7 inspecteurs sociaux et du coordinateur IT du SCA. Elle a été constituée dans le but d'augmenter la proportion des dossiers fournis par le SCA et de soutenir la réorientation des activités de contrôle.

La cellule de data-analyse recherche de manière proactive :

- les éléments indicateurs de fraude sociale
- les aspects de la législation susceptibles d'être à l'origine d'erreurs commises par les O.A.
- les domaines de contrôle intéressants dans le secteur des soins de santé.

Pour pouvoir réaliser ces tâches, la cellule utilise au maximum les techniques d'analyse de risques, de datamining (analyse approfondie des flux de données existants) et de datamatching (croisement des flux de données existants).

CONTROLE, GESTION DES DONNÉES D'ACCESSIBILITÉ ET ARCHIVAGE DES DONNÉES

La Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données :

- contrôle et gère les pièces et les données sur base desquelles l'accès aux prestations de l'assurance SSI est octroyé, maintenu ou retiré aux assurés sociaux
- contrôle et gère les données qui permettent l'accès aux mesures spécifiques de réduction de l'intervention individuelle de certaines catégories d'assurés sociaux
- développe et supervise les flux de données qui permettent aux assurés sociaux de faire valoir leurs droits
- détermine les pièces justificatives que les O.A. doivent utiliser pour octroyer les droits.

Pour accomplir ses tâches, la Direction est composée de 2 sections :

- la section contrôle et gestion des données d'accessibilité administrative
- la section contrôle et gestion des données d'accessibilité financière.

3. Personnel

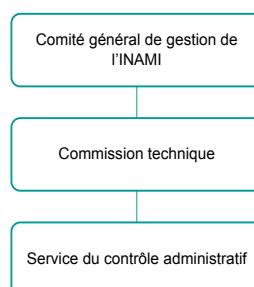
Tableau 1: Répartition des membres du personnel par fonction et par localisation administrative (situation au 31 décembre 2013)

Membres du personnel par fonction	Nombre total	Administration centrale	Externes (centres régionaux et mutualités)
Fonctionnaire dirigeant	1	1	
Conseiller inspecteur social	2	2	
Conseiller	2	2	
Attaché inspecteur social	40		40
Attaché juriste	4	4	
Attaché	8	8	
Expert technique - contrôleur social	24		24
Expert technique	2		2
Collaborateur administratif	9	9	
Assistant administratif	42	42	
Expert administratif	4	4	
Gestionnaire de dossiers techniques	1	1	
Total	139	73	66

IV. Concertation

Commission technique

La Commission technique du SCA est un organe institué en 2010 pour favoriser la concertation entre les O.A. et le SCA. Des représentants de chaque O.A. la composent et le fonctionnaire dirigeant du Service la préside. Les propositions qui sont soumises pour avis aux membres de la Commission technique sont ensuite répercutées pour décision au Comité général de gestion de l'INAMI.



La Commission technique :

- veille à ce que la réglementation relative au contrôle administratif soit claire et efficace
- formule des avis et éventuellement des propositions de modification de la législation
- émet des avis et des propositions concernant les rapports de contrôle réalisés par le SCA
- formule des avis sur la gestion des flux de données, des pièces justificatives et sur le contrôle systématique de l'accessibilité financière et administrative à l'assurance et l'archivage et la conservation des documents
- propose au Comité général de gestion, les règles administratives et statistiques que doivent observer les O.A. pour permettre au SCA d'exercer sa mission.



Plus d'informations sur les organes et la structure administrative du SCA sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Structure administrative > Contrôle administratif.

2^e Partie

Rétro 2013



I. Information & contrôle

Ce chapitre décrit les activités et les résultats obtenus dans le cadre :

- des contrôles thématiques
- des actions de lutte contre la fraude sociale
- des contrôles à la demande, d'initiative et du suivi des dossiers
- du contrôle et de la gestion des données d'accessibilité à l'assurance et de l'archivage des données.

1. Contrôles thématiques



Les contrôles thématiques sont des contrôles centralisés portant sur un segment spécifique de l'assurance SSI. Les inspecteurs sociaux du SCA réalisent ces contrôles auprès des O.A. et des mutualités qu'ils chapeautent.

En application du contrat d'administration entre l'INAMI et l'Etat belge, plusieurs opérations de contrôle sont réalisées chaque année dans les domaines :

- des soins de santé
- des indemnités.

L'objectif des contrôles thématiques est d'analyser les procédures de contrôle internes mises en place par les mutualités et d'évaluer, en regard de celles-ci, la bonne application de la législation. Les contrôles thématiques visent avant tout à garantir un traitement uniforme des assurés sociaux par les mutualités.

Chaque contrôle thématique implique les étapes suivantes :

- réaliser une analyse de risques
- définir des objectifs précis
- élaborer une méthodologie de contrôle
- constituer des échantillons
- réaliser un contrôle exploratoire
- rassembler une documentation, élaborer un questionnaire et des rapports types.

Les contrôles effectués peuvent donner lieu à des constatations. En l'absence de constatations, le dossier contrôlé est considéré comme étant correct.

Les constatations donnent lieu à :

- des récupérations
- des paiements supplémentaires
- des sanctions
- ou des obligations de régularisation.

A l'issue de chaque contrôle thématique, un rapport de synthèse est rédigé. Il comprend :

- les objectifs du contrôle
- la méthodologie suivie
- les résultats chiffrés et commentés
- ainsi que des recommandations adressées aux O.A.

Ces rapports sont diffusés aux différents acteurs de l'assurance : organes de gestion de l'INAMI, O.A., ministre de tutelle, OCM, partenaires sociaux, etc. Enfin, ils sont présentés pour débat et avis à la Commission technique du SCA et soumis pour approbation au Comité général de gestion de l'INAMI.

Ainsi, pour l'année 2013 le SCA a porté son attention sur 3 thématiques de contrôle :

- soins de santé « tiers-payant » (prescription et forfaits hospitaliers)
- les montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A.
- gestion de cumuls par les O.A.

a. Soins de santé « tiers-payant »

PRINCIPE

Ce contrôle thématique portait sur des prestations de santé « tiers payant » comptabilisées en dépenses, dont les flux statistiques transmis à l'INAMI semblaient présenter des anomalies.

L'objectif de ce contrôle thématique était à partir d'anomalies potentielles détectées par la Cellule Datamanagement des Services généraux de support :

- d'examiner si les O.A. avant d'effectuer des paiements vérifient les règles d'interruption de prescription par les dispensateurs de soins
- de contrôler si des facturations indues de forfaits d'admission et journaliers par des hôpitaux ont été payées par les O.A. ainsi que les procédures mises en place par ceux-ci pour éviter et/ou récupérer ces paiements indus.

MÉTHODE

Le premier volet de ce contrôle a concerné des prestations de dispensateurs de soins signalées dans le flux statistique comme ayant été remboursées au-delà du délai normal de prescription en raison d'une interruption légitime de ce dernier.

Sur base de 116.333 enregistrements relatifs au 1^{er} semestre 2012 pour lesquels les prestations ont été remboursées au-delà du délai normal de prescription, le SCA a sélectionné ceux qui correspondent à des paiements en tiers-payant supérieurs à 100,00 EUR. Les échantillons pour le contrôle thématique ont été constitués à raison de 50 cas par O.A., sélectionnés de manière aléatoire parmi les 8.493 enregistrements ainsi retenus.

Le deuxième volet a concerné, d'une part, des prestations d'hôpitaux pour lesquelles des forfaits par admission ont été facturés plusieurs fois au cours du même séjour et, d'autre part, des prestations d'hôpitaux pour lesquelles des forfaits journaliers hors biologie clinique et de biologie clinique ont été facturés en nombre supérieur au nombre de jours d'hospitalisation.

En ce qui concerne les forfaits hospitaliers, le SCA a regroupé les données comptabilisées du 1 juillet 2010 au 30 juin 2012 avec une date d'admission à l'hôpital postérieure au 30 juin 2011 par cas, c'est-à-dire par O.A., par bénéficiaire, par établissement hospitalier et par admission en service hospitalier.

Pour les forfaits d'admission, il a été décidé de contrôler chaque cas qui présentait plus d'un forfait par admission pour lequel l'indu potentiel était supérieur à 25,00 EUR. En ce qui concerne les forfaits par admission, ce sont ainsi 573 cas qui ont été examinés sur base de 3.401 données comportant une anomalie potentielle.

Pour les forfaits journaliers, qu'il s'agisse ou non de biologie clinique, il a été décidé de contrôler chaque cas qui présentait un nombre de forfaits journaliers supérieurs au nombre de jours d'hospitalisation pouvant être pris en considération pour lequel l'indu potentiel était supérieur à 25,00 EUR. Ce sont ainsi pour les forfaits hors biologie clinique 286 cas qui ont été examinés sur base de 7.304 données comportant une anomalie potentielle et pour les forfaits de biologie clinique, 166 cas sur base de 5.035 données comportant une anomalie potentielle.

Suite au contrôle portant sur le volet « forfaits hospitaliers », des inspecteurs ont rencontré les personnes responsables de chaque O.A. pour effectuer des entretiens portant sur des questions de procédure. Le questionnaire a été envoyé avant l'entretien aux O.A. et le rapport d'entretien de chaque O.A. lui a ensuite été soumis pour validation.

RÉSULTATS

Au total, 350 cas de prestations de dispensateurs de soins ayant été remboursées au-delà du délai normal de prescription de 2 ans ont été examinés. Parmi les 350 cas examinés, 241 se sont révélés exacts et 109 erronés. Cela correspond à un pourcentage d'erreur de 31,1%.

Les cas erronés résultent de l'impossibilité pour les O.A. de nous fournir la ou les pièces justificatives interrompant la prescription.

En ce qui concerne les forfaits hospitaliers, sur les 1.025 cas contrôlés par les inspecteurs, 557 cas se sont révélés erronés. Cela correspond à un pourcentage d'erreur de 54,3%.

Tableau 2 : Nombre de cas erronés par thème		
	Nombre de cas examinés	Nombre d'erreurs
Forfaits d'admission	573	359
Forfaits journaliers hors biologie clinique	286	121
Forfaits journaliers biologie clinique	166	77
Total	1.025	557

En ce qui concerne les forfaits d'admission, les cas erronés sont des cas où il s'est avéré que durant un même séjour hospitalier des forfaits d'admission ont bien été payés à plusieurs reprises par l'O.A. à l'hôpital et ce, sans régularisation a posteriori.

Pour les forfaits journaliers, les cas erronés sont des cas pour lesquels des forfaits journaliers ont été payés par l'O.A. à l'hôpital à plusieurs reprises pour une même période ou pour une date de prestation qui se situe en dehors de la période d'hospitalisation de l'intéressé et pour lesquels il n'y a pas eu de régularisation a posteriori.

L'impact financier total des 557 cas erronés se chiffre à 76.553,59 EUR.

b. Montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A.

PRINCIPE

Le SCA effectue ce contrôle thématique chaque année en vertu de l'article 195 de la loi SSI et de l'arrêté royal du 7 octobre 1993 fixant le pourcentage dont les frais d'administration sont majorés en cas de récupération de sommes payées.

Ces textes prévoient que les O.A. bénéficient d'une majoration de la partie variable de leurs frais d'administration en fonction des montants indus qu'ils ont effectivement récupérés auprès des bénéficiaires et en fonction des montants payés à titre subrogatoire dans le cas d'accidents de droit commun avec tiers responsable, d'accident de travail et de maladie professionnelle. Les O.A. mentionnent ces montants annuellement sur des listes. Le SCA contrôle ces listes car elles ont un impact important sur les frais d'administration des O.A. Le Service transmet les résultats de ce contrôle à l'OCM dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A.

MÉTHODE

Le SCA vérifie les listes reprenant les montants récupérés par les O.A. Les inspecteurs sociaux examinent si ces montants y sont repris à bon droit. Un montant versé indûment et effectivement remboursé peut uniquement être mentionné sur les listes si les conditions suivantes sont réunies :

- il ne peut s'agir de remboursements spontanés
- le montant payé indûment ne peut résulter d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné
- la récupération ne peut pas résulter d'un constat du SCA ou de l'OCM.

Le SCA contrôle un échantillon de 5% des montants repris sur les listes pour chaque O.A. Les montants supérieurs à 10.000 EUR sont contrôlés systématiquement.

RÉSULTATS

Les résultats du contrôle effectué en 2013 sont repris dans le tableau suivant.

	Nombre total de cas	Total (EUR)	Cas exacts	%	Nombre de cas complètement/partiellement refusés	%	Montants refusés (EUR)	% montants refusés
Echantillon	4.597	2.256.252,23	4.257	92,60	339	7,37	203.379,05	9,01
> 10.000 EUR	64	1.022.018,17	48	75,00	15	23,44	192.555,98	18,84

Au cours de ces dernières années, le pourcentage élevé de refus pour les cas d'une valeur supérieure à 10.000 EUR a motivé le choix de poursuivre à l'avenir l'examen exhaustif de ces cas. En 2013, les pourcentages en cas erronés et en montants refusés restent importants et largement supérieurs aux pourcentages des cas pris de manière aléatoire.

La somme des pourcentages de cas exacts et complètement/partiellement refusés n'est pas égale à 100 %. Ceci est dû au fait qu'un montant a été réservé tant au niveau de l'échantillon que des montants supérieurs à 10 000 EUR.

c. Gestion de cumuls par les O.A.

PRINCIPE

En application de l'article 100, § 1^{er}, de la loi SSI, la cessation de toute activité professionnelle est une condition indispensable à la reconnaissance de l'incapacité de travail.

Une reprise de travail qui n'est pas autorisée par le médecin-conseil est incompatible avec l'état d'incapacité de travail. En cas de reprise normale d'activité, l'incapacité de travail et l'indemnisation prennent fin en application de l'article 100 de la loi SSI. S'il s'agit d'une reprise d'activité réduite, l'article 101 de la loi SSI prévoit que l'assuré peut continuer à être reconnu en incapacité de travail, mais doit rembourser les indemnités correspondant aux jours ou périodes de travail.

Certains assurés sociaux ne signalent pas à leur mutualité la reprise d'une activité, alors même que celle-ci est déclarée à l'ONSS par l'employeur. Le travailleur continue dès lors à percevoir indûment des indemnités d'incapacité de travail.

Les O.A. disposent des données DmfA des personnes qui sont en incapacité de travail. En application de l'article 117bis inséré dans la loi SSI par la loi du 29 mars 2012, pour la détermination du droit aux indemnités, les O.A. sont tenus de consulter notamment les données sociales qui sont disponibles dans le réseau de la sécurité sociale. En cas de cumul avéré, les O.A. doivent régulariser l'indemnisation.

Une procédure de gestion des cumuls ainsi détectés a été mise au point conjointement par le SCA, le Service des indemnités de l'INAMI et le Collège Intermutualiste National – Secteur Indemnités (CIN). Les solutions adoptées ont été reprises dans un protocole transmis par le SCA au CIN le 23 janvier 2012.

Par ailleurs, la loi du 28 avril 2010 a modifié l'article 101 de la loi SSI avec effet au 30 décembre 2010. Cette disposition prévoit notamment une procédure de régularisation de la situation du titulaire en incapacité de travail qui a repris une activité sans l'autorisation préalable du médecin-conseil. Cette régularisation se compose d'un volet administratif et d'un volet médical. La récupération administrative de l'indu est limitée aux jours ou à la période d'activité non autorisée, à condition toutefois qu'il s'agisse d'une activité réduite par rapport à l'activité antérieure à l'incapacité de travail. L'assuré doit faire l'objet d'un examen médical pour déterminer s'il présente encore le degré requis d'incapacité de travail.

Le contrôle thématique effectué d'octobre à décembre 2013 avait pour but d'évaluer la gestion des cumuls par les O.A. par rapport au protocole transmis et leur application des nouvelles dispositions de l'article 101.

MÉTHODE

Les documents de dépenses en invalidité relatifs aux quatre trimestres de l'année 2012 de tous les O.A. ont été sondés. Ce sont ainsi 337.611 invalides (travailleurs salariés et travailleurs indépendants) ont fait l'objet du contrôle.

Pour tous ces cas, le SCA a mis en relation les dépenses en invalidité relatives à l'année 2012 sans activité autorisée avec les DmfA qui présentent en 2012 des périodes de travail rémunéré. Les cas pour lesquels le total des jours indemnisés et des jours déclarés à l'ONSS dépasse le nombre de jours de l'année 2012 ont été considérés comme des cas de cumul potentiel.

Lors des opérations réalisées précédemment pour les dépenses des années 2006 à 2011, les cas de cumul potentiel qui avaient été régularisés totalement par les O.A. avant le 1^{er} octobre de l'année suivant l'année de dépenses étaient considérés comme des cas exacts et ne faisaient pas l'objet d'un contrôle en mutualité. De même, parmi les cas de cumul potentiel non régularisés par les O.A. avant le 1^{er} octobre suivant l'année de dépenses, les opérations précédentes accordaient la priorité aux cas considérés présentant plus de deux semaines de cumul potentiel. Les autres cas (cumul potentiel inférieur ou égal à deux semaines) étaient simplement communiqués aux O.A.

Dans le cadre de ce contrôle thématique, tous les cas de cumul potentiel ont été vérifiés en mutualité au niveau des procédures de détection, de gestion et de régularisation des activités non autorisées.

Les cas contrôlés ne constituent pas un échantillon, mais la totalité des invalides pour lesquels les DmfA révèlent un cumul potentiel interdit en 2012.

RÉSULTATS

• Détection et gestion des activités non autorisées mais déclarées à l'ONSS

Le contrôle thématique a analysé la gestion des 430 cas dont les DmfA présentent des jours d'activité non autorisée en 2012 et qui n'ont pas été régularisés par les O.A. avant la réception des DmfA.

Parmi ces 430 cas, le cumul a été détecté par l'O.A. dans 296 cas seulement (69 %). Dans 134 cas, soit 31 %, le contrôle en mutualité n'a révélé aucune trace de détection du cumul par l'O.A.

Sur les 296 cas de cumul potentiel que les mutualités ont détectés après réception des DmfA, les mutualités ont entamé une procédure de régularisation dans 285 cas (96 %), alors que 11 cas (4 %) ont été laissés sans suite.

Dans 207 des 285 cas (73 %) où une régularisation a été entamée, la mutualité a interrogé l'employeur, dans les 3 semaines pour 67 % de ces 207 cas et en informant l'assuré pour 75 % de ces 207 cas.

Les mutualités ont reçu 152 réponses des employeurs (73 % de 207 interrogations de l'employeur) dans les 3 semaines et ont envoyé des rappels dans 42 % (23 cas) des 55 cas où l'employeur n'avait pas répondu dans ce délai. L'assuré a été informé du rappel et la prescription a été interrompue à son égard dans 4 cas (17 % des rappels).

Par rapport aux 285 régularisations entamées, les mutualités ont procédé à l'évaluation du cumul dans le délai prévu pour 73 % des cas (207 cas) et en retard pour 25 % des cas (71 cas), alors que 7 cas (2 %) étaient laissés sans suite.

Parmi les 278 cas de cumul potentiel où la mutualité a porté à son terme l'évaluation du cumul, elle est arrivée dans 250 cas (90 %) à la conclusion qu'il y avait effectivement eu un cumul non autorisé et qu'une régularisation de l'indemnisation devait être envisagée. Cette conclusion s'est révélée correcte dans 98 % de ces 250 cas.

Dans 28 cas (10 % de cumuls évalués), la mutualité est arrivée à la conclusion qu'il n'y avait pas de cumul effectif, ce qui était correct dans 93 % de ces 28 cas.

Si on fait abstraction des délais prévus par la procédure élaborée conjointement par l'INAMI et le CIN et qu'on évalue la qualité de l'analyse des mutualités sur base des données DmfA, le taux d'efficacité des O.A. s'établit à 92 % d'évaluations correctes pour les cumuls détectés après réception de la DmfA.

Mais il faut également tenir compte de la forte proportion de cumuls qui n'ont pas été détectés, si bien qu'on aboutit alors à un taux d'efficacité nettement moins élevé.

Tableau 4: Résultats contrôle thématique gestion des cumuls par les O.A.				
Cumuls à détecter par la DmfA	Cumuls non détectés ou sans suite	Evaluations incorrectes	Evaluations correctes	% éval. correctes / cumuls à détecter par la DmfA
430	152	6	272	63

Pour les dépenses et les DmfA de l'année 2012, le contrôle thématique a ainsi permis d'établir à 63 % le taux d'efficacité des procédures que les O.A. ont mises en place pour la détection et la gestion des cumuls entre des jours de travail déclarés à l'ONSS et des jours indemnisés en invalidité.

• Articles 100 et 101 de la loi SSI

Application de l'article 100 de la loi SSI par les O.A.

Sur l'ensemble des dossiers examinés, l'article 100 de la loi SSI a été appliqué dans 289 cas par les mutualités, que les cumuls aient été détectés sur base des DmfA ou avant de les recevoir. Il s'avère, après contrôle, que dans 9 cas (3 % des cas où l'article 100 a été appliqué), la mutualité a erronément fait application de l'article 100 au lieu de l'article 101 de la loi SSI. On peut conclure que cette disposition est appliquée correctement par les O.A.

Application de l'article 101 de la loi SSI par les O.A.

L'article 101 de la loi coordonnée a été appliqué dans 122 cas par les mutualités, que ce soit pour des cumuls détectés au moyen des DmfA ou avant la réception de celles-ci. Le contrôle a révélé que, dans 2 cas (2 %), la mutualité a erronément fait application de l'article 101 au lieu de l'article 100 de la loi SSI. On peut donc conclure que les O.A. tiennent compte correctement des conditions d'application de cette disposition.

Procédure médicale visée à l'article 101 de la loi SSI

Sur l'ensemble des 122 cas ayant donné lieu à application de l'article 101 de la loi SSI par la mutualité, la procédure médicale qui en découle n'a pas été suivie de manière conforme dans 47 cas, soit 39 %. L'examen médical par le médecin-conseil n'a pas eu lieu dans 37 cas et, dans 10 cas, l'examen médical a eu lieu, mais le dossier n'a pas été transmis au CMI.

2. Actions de lutte contre la fraude sociale



Les actions de lutte contre la fraude sociale du SCA consistent à détecter le non-respect de la réglementation SSI et à appliquer des sanctions administratives à des assurés sociaux. Le cas échéant, les inspecteurs et les contrôleurs constatent les cas qui imposent des récupérations, des sanctions ou des régularisations de dossiers.

Les actions de lutte contre la fraude sociale du SCA concernent :

- les cumuls non autorisés d'indemnités d'incapacité de travail avec des revenus déclarés ou non à l'Office national de sécurité sociale (ONSS)
- les assujettissements fictifs à la sécurité sociale
- les activités non autorisées (travail au noir)
- les fraudes portant sur le domicile
- les fraudes relatives à la carte SIS.

Ainsi, pour l'année 2013, le SCA a porté son attention sur 4 domaines d'enquête :

- le cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une indemnité de rupture de contrat de travail ou avec une activité non autorisée mais déclarée à l'ONSS
- les assujettissements frauduleux à la sécurité sociale
- le cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une activité non autorisée et non déclarée (activités de travail au noir)
- les fraudes portant sur le domicile.

a. Cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une indemnité de rupture de contrat de travail ou avec une activité non autorisée mais déclarée à l'ONSS

PRINCIPE

Comme mentionné plus haut, les O.A. doivent détecter les cumuls interdits entre indemnités d'incapacité de travail et activités non autorisées mais déclarées auprès de l'ONSS. Pour ce faire, les O.A. procèdent à l'analyse de déclarations multifonctionnelles (DmfA) faites à l'ONSS.

Il est en outre possible que l'assuré en incapacité de travail reçoive de son employeur une indemnité pour rupture de contrat après son licenciement et qu'il ne l'ait pas déclarée à la mutualité. Ce cumul est également interdit. Les O.A. doivent également détecter ce type de cumul.

Les cas constatés doivent être régularisés.

Les contrôles effectués par le SCA de 2008 à 2012 ont toutefois permis de constater que ces procédures internes aux O.A. étaient susceptibles d'améliorations. En 2013, le SCA a donc réitéré son travail de recherche des cumuls d'indemnités d'incapacité de travail avec des indemnités de rupture et des activités non autorisées déclarées à l'ONSS. Il s'agit d'un contrôle annuel qui s'ajoute au contrôle thématique unique « gestion de cumuls par les O.A. ».

MÉTHODE

Afin de détecter les cas de cumul d'indemnités d'invalidité avec des activités non autorisées ou des indemnités de rupture de contrat de travail, le SCA a croisé les données contenues dans les dépenses d'invalidité (documents PI0 et PI41) et les déclarations DmfA.


Au début de l'année 2013, le SCA a réalisé l'opération en croisant les données relatives à l'année 2011. Il a donné priorité aux cas supposant un cumul de plus de 2 semaines. Les inspecteurs sociaux ont enquêté sur ces cas dans les O.A. Le SCA a informé les O.A. des autres cas.

Fin 2013, le SCA a réalisé l'opération sur les données de l'année 2012 dans le cadre d'un contrôle thématique (voir I.1.c). Les cas de cumul de plus de 2 semaines ont été contrôlés comme les autres années, les autres cas étant examinés seulement sous l'angle des procédures mises en place par les O.A.

RÉSULTATS

En 2013, les inspecteurs sociaux ont examiné :

- 498 cas relatifs à l'année de dépenses 2011 :
 - 174 cas de cumul avec une activité non-autorisée par le médecin-conseil
 - 248 cas de cumul avec une indemnité de rupture de contrat
 - 76 cas où il ne s'agissait pas de fraude sociale.
- 500 cas relatifs à l'année de dépenses 2012 :
 - 169 cas de cumul avec une activité non-autorisée par le médecin-conseil
 - 265 cas de cumul avec une indemnité de rupture de contrat
 - 66 cas où il ne s'agissait pas de fraude sociale.

 On parle de cas exacts lorsque l'O.A. a détecté le cumul et l'a régularisé de manière correcte. Par opposition, on parle de cas erronés lorsque l'O.A. n'a pas détecté le cumul et ne l'a pas régularisé.

Les résultats sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5: Cumuls interdits- année de dépenses 2011 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total						
	Total cas examinés	Nombre de cas exacts	%	Nombre de cas erronés	%	Indu total (EUR)
Cumul avec une activité non autorisée	174	146	84	28	16	214.127,93
Cumuls avec une indemnité de rupture de contrat	248	219	88	29	12	111.993,41

Tableau 6: Cumuls interdits- année de dépenses 2012 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total						
	Total cas examinés	Nombre de cas exacts	%	Nombre de cas erronés	%	Indu total (EUR)
Cumul avec une activité non-autorisée	169	138	82	31	18	218.268,41
Cumuls avec une indemnité de rupture de contrat	265	235	89	34	11	42.772,01

Pour les cas erronés, le SCA a établi 33 sanctions administratives à l'encontre des assurés sociaux, ce qui correspond à une exclusion du droit aux indemnités durant 1.788 jours.

Au fil des différentes opérations de contrôle, on constate une amélioration des procédures de détection et de contrôle interne des O.A. qui se traduit par une diminution des prestations indues constatées.

Tableau 7: Cumuls interdits : dépenses 2006-2012 – Cas examinés, cas erronés et indu total				
	Total cas examinés	Nombre de cas erronés	%	Indu total (EUR)
Activité non-autorisée				
2006	537	391	73	8.627.077,84
2007	430	170	40	2.730.081,76
2008	299	114	38	1.748.267,62
2009	209	60	29	416.956,60
2010	189	43	23	338.010,62
2011	174	28	16	214.127,93
2012	169	31	18	218.268,41
Indemnité pour rupture de contrat de travail				
2006	230	81	35	144.510,03
2007	465	74	16	167.125,40
2008	228	47	21	138.374,52
2009	300	33	11	110.662,53
2010	266	32	12	101.585,69
2011	248	29	12	111.993,41
2012	265	34	11	42.772,01

Ce tableau comparatif fait apparaître :

- une diminution marquée d'année en année du nombre de cas non détectés ou mal gérés de cumul interdit entre des indemnités d'incapacité de travail et une activité non autorisée par le médecin-conseil, ainsi qu'un pourcentage de cas erronés en constante diminution, sauf pour l'année de dépenses 2012. Un taux de 18 % d'erreur n'est pas encore satisfaisant
- une stagnation du taux d'erreur en matière d'indemnité de rupture de contrat autour de 12 % pour les quatre dernières années.

Les mutualités doivent donc encore améliorer à l'avenir les procédures de détection mises en place.

b. Assujettissements frauduleux à la sécurité sociale

PRINCIPE

Seules les personnes qui ont la qualité de titulaire et qui sont assujetties à la sécurité sociale peuvent bénéficier du droit aux prestations de soins de santé et aux indemnités d'incapacité de travail.

MÉTHODE

Depuis 2008, le SCA traite, en collaboration avec les autorités judiciaires, un vaste dossier de fraude à la sécurité sociale. Il s'agit d'un important réseau d'entreprises fictives qui utilisent différents procédés pour mettre les utilisateurs de ce réseau en possession de faux documents. De cette manière, ces utilisateurs peuvent prétendre frauduleusement à des indemnités et des interventions de la sécurité sociale.

L'ONSS a démontré que les entreprises concernées n'ont pas développé d'activités au cours des périodes contestées et qu'aucun contrat de travail n'existait entre ces entreprises et les personnes qui étaient déclarées à l'ONSS pour le compte de ces entreprises. L'ONSS a par conséquent décidé d'annuler l'assujettissement de ces travailleurs.

Etant donné l'étendue de la fraude sociale, le SCA, les O.A. et les mutualités ont décidé de collaborer. Le SCA envoie aux O.A. la liste des personnes qui ont utilisé des faux documents ainsi que toutes les données nécessaires pour établir les constatations. Sur base de ces données, les mutualités examinent chaque dossier aussi bien dans le secteur des indemnités que dans le secteur des soins de santé et donnent un feedback au SCA sur la façon dont ils ont traité ces données. Depuis le début de l'opération, soit juin 2008, jusqu'au 31 décembre 2013, les mutualités ont reçu 3.218 dossiers.

RÉSULTATS

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de constatations réalisées en 2013 par secteur.

Tableau 8: Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale - nombre de constatations O.A./ SCA et indu total par secteur constatés en 2013				
	Secteur soins de santé		Secteur indemnités	
	Nombre de constatations	Indu total (EUR)	Nombre de constatations	Indu total (EUR)
O.A.	35	63.647,68	11	96.031,56
SCA	14	53.155,16	10	202.783,91
TOTAL	49	116.802,84	21	298.815,47

En 2013, les O.A. et le SCA ont donc constaté un indu total de **415.618,31 EUR**.

Dans le secteur des indemnités 13 sanctions administratives ont été prononcées ce qui correspond à un total de 1.918 jours d'exclusion du droit aux indemnités.

Dans le secteur des soins de santé 16 sanctions ont été prononcées, ce qui correspond à une sanction administrative totale de 5.625 EUR.

Les contrôles de ces dossiers se poursuivront dans le futur. En effet, ces assujettissements fictifs frauduleux évoluent en permanence.

c. Cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une activité non autorisée et non déclarée

PRINCIPE

Au sens de l'article 100 de la loi SSI, le travailleur qui a cessé toute activité est reconnu incapable de travailler. Durant la période de reconnaissance d'incapacité de travail, le travailleur ne peut reprendre une activité à temps partiel qu'avec l'autorisation du médecin-conseil. Et lorsqu'il reprend une activité à temps plein, il doit en avvertir sa mutualité.

Le SCA détecte et constate les cumuls illégaux d'indemnités d'incapacité de travail avec l'exercice d'une activité non autorisée non déclarée à l'ONSS (travail au noir). Pour ce faire, les contrôleurs sociaux du SCA réalisent des enquêtes dans tout le pays.

MÉTHODE

Le SCA reçoit :

- des dénonciations
- des demandes d'enquête des auditorats du travail
- des procès-verbaux d'autres services d'inspection
- des demandes d'enquêtes d'autres services de l'INAMI
- des demandes d'enquêtes des O.A.

Les contrôleurs sociaux du SCA vérifient si la demande est recevable et donc si la personne perçoit bien des indemnités d'incapacité de travail et ne dispose pas d'une autorisation de travail. Si l'intéressé ne bénéficie pas ou plus d'indemnités d'incapacité de travail, le SCA n'est pas compétent pour effectuer une enquête. Le dossier est alors transmis au service compétent (l'ONEM, le service d'inspection sociale du SPF Emploi, travail et concertation sociale, etc.) ou classé sans suite en cas de manque d'informations.

Ensuite, les contrôleurs sociaux vérifient si l'activité est déclarée (DIMONA et DmfA). Si c'est le cas, ils transmettent le dossier aux inspecteurs sociaux. Si non, les contrôleurs sociaux effectuent un travail d'enquête de terrain pour détecter et constater les activités de travail en noir. Ils disposent d'un pouvoir d'appréciation qui leur est attribué selon les dispositions du Code pénal social.

Ils peuvent :

- procéder à des contrôles sur les lieux de travail
- procéder à des auditions
- convoquer les intéressés
- accorder un délai éventuel pour se mettre en règle
- donner un avertissement pour l'infraction constatée
- dresser un procès-verbal (P.V.) de constat d'infractions.

Les procès-verbaux de constat d'infractions sont transmis aux O.A. afin que :

- le service indemnités procède à la récupération des indus
- le médecin-conseil convoque l'assuré pour un examen médical afin de vérifier son état de santé actuel.

Les inspecteurs sociaux, pour leur part, réalisent des contrôles auprès des O.A. pour s'assurer qu'ils effectuent la procédure de récupération.

En outre, sur base du P.V. établi, le fonctionnaire dirigeant du SCA applique une sanction et peut exclure l'assuré du droit aux indemnités pour un certain nombre de jours d'indemnisation.

Dans le cadre de leur mission de la lutte contre la fraude sociale, les contrôleurs sociaux travaillent en collaboration avec d'autres corps d'inspection dans le cadre des cellules d'arrondissement. Celles-ci regroupent différents acteurs :

- les auditeurs du travail et leur administration
- les services d'inspection sociale : ONEM, Inspection Sociale, Inspection des lois sociales, ONSS, INASTI, etc.
- les autres services d'inspection : inspection économique, inspection des Finances, Service des affaires étrangères, etc.
- les services de police locale et fédérale
- les services communaux.

Le Service d'information et de recherche sociale (SIRS) coordonne les différents corps d'inspection concernés par la lutte contre la fraude sociale, notamment à travers les cellules d'arrondissement pour :

- préparer des actions communes
- évaluer des actions terminées
- échanger des données
- discuter des textes de loi pertinents et de leurs interprétations.

RÉSULTATS

En 2013, le SCA a reçu 1039 nouvelles demandes, dont 403 « non recevables » (39 %). Les nouvelles demandes sont subdivisées en différentes catégories selon l'origine de la demande :

Tableau 9: Origines des nouvelles demandes d'enquête en 2013		%
Requête de l'autorité judiciaire, essentiellement l'auditorat du travail		23
Requête d'un Service de l'INAMI		2
Demande des O.A.		1
Rapports d'un autre Service d'inspection sociale		16
Plaintes et déclarations de citoyens		53
Propre initiative		2
Constatations d'autres services dans le cadre d'actions communes de contrôle		3

Au terme de l'enquête, les contrôleurs sociaux rédigent un rapport d'enquête. En cas d'infraction constatée, ils dressent un P.V. de constat d'infraction (Pro Justitia) ou un avertissement.

Tableau 10: Nombre d'enquêtes clôturées en 2013 réparties selon le résultat de l'enquête			
Pro Justitia	Avertissement	Sans suite	Total
227	66	372	665

Les 293 enquêtes qui ont abouti à une constatation d'infraction représentent 44 % des dossiers clôturés en 2013 :

- 77 % ont mené à un P.V.
- 23 % ont mené à un avertissement.

Les suites données aux dossiers pour lesquels les contrôleurs sociaux rédigent un P.V. de constat d'infraction sont prises en charge :

- par les mutualités qui calculent les indemnités perçues indûment. Les inspecteurs sociaux vérifient le calcul et que la procédure de récupération est effectuée
- par le Service juridique en vue de l'application d'une sanction administrative par le fonctionnaire dirigeant.

Le tableau 11 donne un aperçu du nombre de constatations et du montant total des indemnités versées indûment en 2013.

Tableau 11: Cumul avec une activité non autorisée - nombre de constatations et montant total des indus en 2013	
Nombre de constatations	Montant total des indus (en EUR)
297	1.672.039,80

Le tableau suivant détaille le nombre de sanctions administratives prononcées à l'encontre du bénéficiaire et le nombre total de jours d'exclusion du droit aux indemnités en 2013.

Tableau 12: Cumul avec une activité non autorisée - Nombre de sanctions administratives et nombre total de jours d'exclusion en 2013	
Nombre de sanctions administratives	Nombre total de jours d'exclusion
217	9.578

d. Les fraudes portant sur le domicile

PRINCIPE

En matière d'indemnités, en application des articles 225 à 227 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, l'indemnité d'incapacité de travail varie en fonction de la charge de famille de l'intéressé. L'indemnité est plus élevée pour une personne isolée, et plus élevée encore pour un travailleur ayant une personne à charge. Elle dépend ainsi de la composition du ménage et des revenus professionnels des personnes cohabitantes.

Le droit à l'intervention majorée (I.M.) est également en fonction de la composition du ménage.

La composition du ménage est établie conformément aux données du Registre national des personnes physiques, sauf s'il ressort d'autres documents probants que la situation à prendre en considération ne correspond pas ou plus avec l'information du Registre national.

Si un titulaire s'inscrit à une adresse à laquelle il n'habite pas réellement dans le seul but de bénéficier d'une intervention majorée dans le cadre de l'assurance SSI, il est question de fraude au domicile.

La fraude au domicile constitue une des priorités du plan d'actions 2012-2013 du Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale.

A l'initiative du Secrétaire d'Etat à la Lutte contre la fraude fiscale et sociale une Circulaire du Collège des Procureurs généraux est rédigée. Cette circulaire, entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2013 :

- fait de la problématique des domiciliations fictives une priorité de politique criminelle
- vise à améliorer la transmission et l'échange de données relatives à la constitution de domiciles fictifs et à renforcer le contrôle de la fraude au domicile
- attribue un rôle central à l'Auditeur du travail dans la recherche et la poursuite de la fraude sociale découlant de domiciliations fictives
- contribue également à optimiser les flux d'informations entre les autorités judiciaires, la police et les institutions de sécurité sociale.

Cette circulaire est complétée par un vade-mecum pratique.

MÉTHODE

Le SCA reçoit :

- des dénonciations
- des demandes de renseignements au sujet d'assurés de la part des différentes zones police locale.

Il est tout d'abord procédé à la vérification des données de la sécurité sociale et du Registre national des personnes physiques.

Les dénonciations, après analyse de la pertinence des éléments qui y sont mentionnés, sont anonymisées et envoyées à la zone de police locale compétente accompagnées de la déclaration de personne lésée¹.

Les demandes de renseignements au sujet d'assurés provenant des zones de police locale sont envoyées aux attachés inspecteurs sociaux pour enquête en mutualité. Les éléments recueillis sont ensuite communiqués aux zones de police locale pour permettre la poursuite de l'enquête et la transmission de celle-ci à l'Auditeur du travail compétent.

S'il l'estime opportun, l'Auditeur du travail communique au SCA les procès verbaux de constat établis par les policiers, lequel devra en déterminer l'impact sur la situation des intéressés au regard de la législation sur l'assurance SSI.

Si cela s'avère nécessaire, une enquête complémentaire pourra être demandée à la police par l'intermédiaire de l'Auditeur du travail.

RÉSULTATS

Les enquêtes effectuées ont donné lieu en 2013 à la notification de 182 constatations.

Dans le cadre de l'assurance soins de santé, la régularisation du droit à l'I.M. de l'assurance a été notifiée pour 45 titulaires.

En ce qui concerne les indemnités d'incapacité de travail, des constatations d'indus ont été notifiées pour 137 titulaires, pour un montant total de 532.247,64 EUR.

3. Les contrôles à la demande, d'initiative et le suivi des dossiers

Outre les contrôles thématiques systématiques et les actions de lutte contre la fraude sociale, le SCA effectue également :

- des contrôles à la demande
- des contrôles d'initiative
- des contrôles de suivi.

1. Prévue à l'art. 5bis du titre préliminaire du code d'instruction criminelle.

a. Enquêtes

PRINCIPE

Le SCA est fortement sollicité pour réaliser des enquêtes sur des dossiers particuliers. Ces demandes portent sur les différents aspects de l'assurance soins de santé et indemnités et émanent des assurés sociaux, des Auditeurs du travail, de syndicats, d'avocats, de cabinets ministériels mais aussi d'autres institutions de sécurité sociale (ONEM, ONSS) ou encore d'autres services publics fédéraux (par exemple le SPF Finances).

Les autres services de l'INAMI sollicitent également le SCA afin de réaliser des enquêtes au sein des mutualités pour étayer un dossier, répondre à une mutualité ou encore constater des infractions et/ou constater des montants indus.

MÉTHODE

Le SCA réceptionne et examine les demandes d'enquête. La plupart nécessitent une enquête en mutualité. Les inspecteurs du Service procèdent à l'examen des dossiers et établissent un rapport d'analyse. Ces rapports permettent le SCA de répondre au demandeur et le cas échéant, de dresser une constatation qui est notifiée à la mutualité. Certaines demandes ne nécessitent pas de visite d'inspection, la réponse pouvant être donnée sans analyser le dossier en mutualité.

Les inspecteurs sociaux du SCA consacrent une part importante de leur temps à la réalisation de ces enquêtes. Elles nécessitent un traitement rapide, notamment, celles qui concernent les assurés sociaux et ce, pour répondre aux obligations contenues dans la charte de l'assuré social.

La plupart de ces enquêtes donnent lieu à des constatations (d'indus, de suppléments ou de nécessité de régularisation) qui sont notifiées aux O.A. ; d'autres n'y donnent pas lieu, une lettre ou une note étant cependant envoyées au correspondant.

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente le nombre de contrôles à la demande réalisés en 2013. Les enquêtes sont ventilées selon qu'elles aient abouti ou non à une constatation.

Tableau 13 : Enquêtes réalisées en 2013 – Nombre avec ou sans constatation et nombre total		
Enquêtes ayant donné lieu à une constatation	Enquêtes n'ayant pas donné lieu	Total
1.079	1.717	2.796

b. Contrôle d'initiative

Le SCA réalise des contrôles d'initiative. Les inspecteurs sociaux choisissent un thème de contrôle sur base de données émanant du service (par exemple : fichier de dépenses en indemnités) ou sur la base des données présentes en mutualité. Ils effectuent un contrôle d'application des textes légaux et des circulaires. Les thèmes sont variés : contrôle de l'indemnité d'incapacité de travail, contrôle de l'assurabilité, en indemnités et en soins de santé, contrôle du droit BIM, du droit OMNIO, du MAF, contrôle des cotisations personnelles, etc. En raison des autres tâches d'inspection, les contrôles d'initiative occupent un temps restreint dans les activités de contrôle du SCA.

c. Suivi des dossiers

PRINCIPE

Le SCA assure le suivi de tous les dossiers, sans exception, qui font l'objet d'une constatation adressée à une mutualité. Il importe en effet de vérifier la suite donnée par cette dernière aux décisions notifiées, que ce soit l'obligation de récupérer un montant indu auprès d'un assuré social ou celle de lui verser un montant supplémentaire, ou que ce soit encore l'obligation de régulariser un dossier (pièce manquante, cotisation insuffisante, information à obtenir, etc.).

MÉTHODE

La notification issue de la première visite de contrôle de l'inspecteur social est revue au siège de la mutualité 9 mois après son envoi. Le Service envoie une notification de révision sur base du rapport établi par l'inspecteur. Ensuite, si c'est nécessaire, c.-à-d. si le dossier n'est pas terminé (indu non entièrement remboursé, affaire devant les juridictions, supplément non encore payé, dossier toujours incomplet, droit non enlevé, etc.), l'inspecteur réalise une nouvelle visite de contrôle au moins 2 ans après l'envoi de la première notification en vue de tenir compte du délai de prescription. Le Service enverra une 3^e notification à l'O.A. Ensuite, si le dossier n'est toujours pas clôturé après ce 3^e contrôle, il sera revu, selon un timing fixé par le SCA suivant l'état du dossier, aussi longtemps qu'il n'est pas terminé.

RÉSULTATS

5.023 contrôles de suivi ont été effectués en 2013.

4. Cellule data-analyse

a. Mission

Le SCA dispose désormais d'une Cellule stratégique data-analyse qui est spécialisée dans le croisement de flux de données. La Cellule a été créée mi-2013 et dépend directement du conseiller général. Il s'agit d'un centre d'expertise afin de lancer des idées et initiatives dans le but d'optimiser les missions de feed-back, d'évaluation et de contrôle du Service.

b. Objectifs de la cellule

L'objectif principal de la Cellule est d'examiner les différentes possibilités de croisement de flux de données existants émanant de l'INAMI et d'autres services publics en vue de soutenir les activités de contrôle.

Afin de poursuivre la mise en place d'activités de contrôle efficaces, structurées et cohérentes, la Cellule fournit d'abord les données nécessaires à tout contrôle thématique ultérieur.

La Cellule souhaite en outre étendre et/ou réorienter les activités de contrôle vers les domaines suivants : la lutte contre la fraude sociale et le secteur des soins de santé.

LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

Les contrôles qu'effectue le SCA dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale s'inscrivent dans les plans d'action du Gouvernement fédéral et du Service d'information et de recherche sociale (SIRS) de lutte contre la fraude sociale.

L'article 24 du quatrième Contrat d'administration 2013-2015 prévoit la poursuite et l'élargissement des actions entreprises dans le cadre du datamatching (croisement des états de dépenses en assurance maladie-invalidité et des données sur le temps de travail que les employeurs communiquent à l'Office national de sécurité sociale) et ce, dans l'esprit de la note de politique du Secrétaire d'État à la Lutte contre la fraude sociale et fiscale et du Plan d'action du Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale.

La Cellule tentera par conséquent d'améliorer le processus de réception et de croisement de données et d'exploration de données, non seulement entre les différents services publics actifs dans la lutte contre la fraude sociale mais également au sein de son propre Institut afin de mieux mettre en avant les activités réalisées dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale.

La technique déjà existante de datamatching entre les données DmfA et les états de dépenses en invalidité sera étendue à tous les titulaires en incapacité primaire (y compris le repos de maternité et le congé de paternité). Plusieurs nouvelles pistes seront en outre examinées dans des domaines qui présentent un risque relativement élevé d'abus, entre autres dans le domaine de la fraude au domicile.

LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ

Le budget des dépenses pour l'assurance maladie-invalidité dans le secteur des soins de santé est environ quatre fois plus élevé que dans le secteur des indemnités. Dans le passé, les contrôles de notre Service se sont toutefois principalement axés sur le secteur des indemnités.

Un transfert supplémentaire vers le secteur des soins de santé est nécessaire d'un point de vue purement financier. L'un des objectifs de la Cellule sera d'aider à réaliser ce transfert.

Un contrôle thématique est d'ores et déjà prévu en 2014 dans le secteur des implants.

AUTRES OBJECTIFS

On évitera au maximum d'effectuer de simples contrôles « libres » de dossiers individuels. Si ceux-ci s'avèrent néanmoins nécessaires, la Cellule essaiera de les structurer au maximum.

La Cellule apportera en outre son soutien à la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données pour l'établissement du rapport relatif à la situation et à la gestion des effectifs.

c. Planning des activités

Un contrôle thématique est prévu en 2014 dans le secteur des soins de santé, plus particulièrement dans le domaine des implants, et dans le secteur des indemnités, plus précisément sur la charge de famille (application de l'article 225 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996). Pour ces deux contrôles thématiques, la Cellule analysera les données nécessaires et sélectionnera les cas à contrôler au sein des mutualités. La préparation de ces missions a démarré en 2013.

En ce qui concerne de nouveaux domaines de contrôle, différentes pistes ont déjà été lancées en phase de test en 2013. Les résultats de ces phases de test feront l'objet d'une analyse plus approfondie et aboutiront à des contrôles effectués au niveau national au sein de toutes les mutualités.

5. Contrôle et gestion des données d'accessibilité à l'assurance et archivage des données

Dans le cadre du contrôle et de la gestion des données d'accessibilité et archivage des données, les activités du SCA consistent à :

- effectuer des contrôles systématiques sur les mesures d'accessibilité financière à l'assurance SSI pour ce qui concerne :
 - le maximum à facturer (MAF)
 - l'I.M. (ce compris pour le statut OMNIO).
- élaborer des preuves d'assurabilité provisoires pour ce qui concerne :
 - les bons de cotisation
 - les attestations de pension.
- gérer et contrôler l'échange de données dans le cadre de l'accessibilité administrative à l'assurance SSI pour ce qui concerne :
 - les flux de données prouvant une qualité (attestations de pension, attestations de chômage, qualité de travailleur indépendant, qualité de travailleur salarié...)
 - les flux de données relatifs à la condition de cotisation (bons de cotisation travailleur salarié, bons de cotisation travailleur indépendant)
 - les mutations individuelles
 - le feedback concernant les assujettissements erronés à la sécurité sociale.
- réaliser des études et analyses sur les données d'assurabilité en produisant :
 - des informations concernant les assurés sociaux et leur statut sur le plan de l'accessibilité administrative et financière à l'assurance SSI
 - des chiffres trimestriels concernant le MAF.
- prendre des décisions en matière d'assurabilité pour certains cas particuliers
- contrôler la délivrance, le remplacement et le renouvellement des cartes SIS (jusqu'à fin 2013).

a. Contrôles systématiques du MAF

PRINCIPE

Le MAF est une mesure qui vise à limiter les frais médicaux annuels à charge des ménages. Lorsque, au cours d'une année civile, les dépenses en soins de santé d'un ménage atteignent un montant plafonné, le ménage se voit rembourser l'intégralité des prestations qui suivent (le ticket modérateur habituellement à charge du ménage lui est remboursé). Le montant plafonné varie en fonction de la situation sociale des ménages et en fonction de leur revenu.

Il existe 2 catégories de MAF :

- la plupart des ménages bénéficient du **MAF revenus**. Dans le cadre de cette mesure, le plafond annuel des frais médicaux dépend du revenu net perçu par un ménage 3 ans avant l'année pour laquelle le droit au MAF est examiné. Toutes les personnes habitant à la même adresse constituent un ménage dans le cadre du MAF revenus
- le **MAF social** est accordé à tous les ménages bénéficiant de l'I.M. Pour eux, le plafond s'élève toujours à 450 EUR par an. Le bénéficiaire de l'I.M., son compagnon ou sa compagne et leurs personnes à charge forment un ménage entrant en ligne de compte pour le MAF social.

Des mesures de protection supplémentaires sont prévues pour tous les enfants âgés de moins de 19 ans et pour les enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées.



Plus d'informations sur le MAF sur le site : www.inami.be, rubrique Accueil > Citoyen > Frais médicaux > MAF (MAF).

MÉTHODE

Pour le MAF revenus, le SCA détermine les catégories de revenus des ménages sur base :

- des informations concernant les ménages transmises par les O.A.
- des informations concernant les revenus des ménages transmises par le SPF Finances.

Tous les ménages sont contrôlés au niveau de leur composition. Le contrôle consiste en une comparaison entre les données relatives aux ménages transmises par les O.A. et celles reprises dans le Registre national.

Lorsque la composition de ménage est correcte, le SCA demande les données fiscales des membres du ménage au SPF Finances. Sur base des informations relatives aux revenus, les ménages sont classés dans une catégorie de revenu. A chaque catégorie correspond un montant plafonné : au plus le revenu est important, au plus le plafond est élevé. Il existe 5 catégories de revenu dans le cadre du MAF.

RÉSULTATS

Une année MAF se clôture 2 ans après l'année civile concernée étant donné que les attestations de soins peuvent être introduites jusqu'à 2 ans après la date de prestation. Exemple : les compteurs des tickets modérateurs pour l'année MAF 2011 ont été clôturés au 31 décembre 2013.

Le tableau ci-dessous présente :

- le nombre de fichiers transmis par les O.A. au SCA
- le nombre de ménages dont les dépenses en soins de santé (le ticket modérateur) ont atteint le montant plafonné de 450 EUR
- le nombre et le pourcentage d'erreurs relevées dans les compositions de ménage constatés par le SCA.

Tableau 14 : Nombre de fichiers transmis, de ménages qui atteignent le montant plafonné de 450 EUR et d'erreurs dans la composition du ménage en 2013

Année de contrôle	Nombre de fichiers	Ménages qui atteignent le montant plafonné de 450 EUR et traité par le SCA	Erreurs dans la composition du ménage	% d'erreurs dans la composition du ménage
2011	152	13.212	94	0,7
2012	168	673.615	2.568	0,4
2013	95	824.894	2.491	0,3
Total traité au cours de l'année civile 2013	415	1.511.721	5.153	0,3

b. Contrôle systématique de l'I.M. (y compris le statut OMNIO)

PRINCIPE

Les assurés qui bénéficient de l'I.M. paient, pour chaque prestation de santé, des montants moins élevés que d'autres assurés sociaux.

Le droit à l'I.M. est accordé à 3 catégories d'assurés :

- **Les assurés qui bénéficient d'avantages sociaux** bénéficient automatiquement du droit à l'I.M. Il s'agit des :
 - personnes bénéficiant d'un revenu d'intégration d'un centre public d'aide sociale (CPAS)
 - personnes qui ont droit à une aide sociale octroyée par le CPAS
 - personnes bénéficiant d'une garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou d'une majoration de rente
 - personnes bénéficiant d'une allocation aux personnes handicapées du SPF Sécurité sociale
 - enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées.

L'I.M. dont bénéficie un titulaire est également accordée aux personnes à sa charge, à son compagnon de vie et aux personnes à charge de ce dernier.

- **Les assurés qui justifient une qualité particulière** peuvent ouvrir le droit à l'I.M. si elles répondent à certaines conditions de revenus. Les intéressés doivent remplir une déclaration sur l'honneur et la transmettre à leur mutualité. L'I.M. dont bénéficie un titulaire est également accordée à son époux ou son compagnon de vie ainsi qu'aux personnes qu'ils ont chacun à charge. Il s'agit des qualités suivantes :
 - veuf/veuve, invalide, pensionné(e) ou orphelin(e) (« VIPO »)
 - personne reconnue handicapée (ne bénéficiant pas d'une allocation pour personnes handicapées)
 - chômeur/chômeuse complet(ète) de longue durée
 - résident(e) âgé(e) d'au moins 65 ans
 - membre d'une communauté religieuse
 - ancien fonctionnaire colonial
 - fonctionnaire en disponibilité
 - militaire en retrait temporaire d'emploi pour motifs de santé
 - famille monoparentale
 - bénéficiaire d'une allocation du fonds mazout.

Les assurés qui bénéficient du statut OMNIO identifiés comme ménages à faible revenu se voient accorder le droit à l'I.M. Cette mesure de protection étend le droit à l'I.M. aux assurés issus de ménages à faible revenu mais qui ne possèdent pas une qualité particulière. Les ménages qui entrent en ligne de compte comprennent toutes les personnes qui habitent officiellement à la même adresse au 1^{er} janvier de l'année de la demande du statut OMNIO.

Les assurés qui justifient une qualité particulière et les assurés sociaux qui bénéficient du statut OMNIO doivent remplir une déclaration sur l'honneur concernant leurs revenus bruts imposables. Ces revenus doivent être inférieurs à un certain montant qui varie en fonction de la taille du ménage (montant X pour la première personne auquel s'ajoute un montant supplémentaire Y par membre du ménage supplémentaire).

MÉTHODE

Les O.A. envoient annuellement au SCA un fichier contenant toutes les personnes qui, au 1er janvier de l'année concernée, bénéficient de l'I.M. Ils transmettent également un fichier séparé contenant tous les titulaires du statut OMNIO de l'année précédente. Tous les titulaires sont alors intégrés dans le répertoire de la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS).

Pour les bénéficiaires de l'I.M. sur la base d'une qualité particulière et du statut OMNIO, le SCA demande les données de revenus au SPF Finances. Ensuite le SCA transmet ces données aux O.A. qui contrôlent leurs droits en calculant les revenus du ménage. Ce calcul est par exemple nécessaire lorsque l'O.A. doit vérifier si les revenus des enfants peuvent être exonérés - les enfants bénéficiant encore d'allocations familiales - ou si une déduction du revenu cadastral est possible pour l'habitation propre. Le résultat de ce calcul peut aboutir au franchissement du plafond BIM ou à une prolongation du droit d'une année.

L'O.A. envoie ensuite un feedback des contrôles des revenus au SCA. Dans ces fichiers, apparaissent les ménages pour lesquels il a été mis fin au droit à l'I.M. ou qui ont entre-temps changé d'O.A. Avant de demander les données fiscales pour les ménages OMNIO et de les transmettre aux O.A., le SCA contrôle la composition des ménages. Comme pour le MAF, le contrôle consiste en une comparaison entre la composition de ménage reprise dans les fichiers des O.A. avec celle du Registre national. Pour toutes les compositions de ménages qui sont exactes, le SCA demande les données fiscales des membres de la famille au SPF Finances. Ces données sont additionnées pour le ménage. Le SCA transmet alors les revenus individuels et ceux de l'ensemble du ménage aux O.A.

RÉSULTATS

D'après le fichier annuel, 1.533.766 personnes bénéficiaient de l'I.M. au 1er janvier 2013 (sur base d'un avantage social ou une qualité particulière).

Le tableau suivant présente le nombre de ménages contrôlés ainsi que le nombre et le pourcentage de ménages OMNIO dont la composition de ménage est incorrecte.

Tableau 15 : Nombre de ménages OMNIO dans les fichiers de contrôle, en 2013

Nombre d'enregistrements	Nombre d'erreurs dans la composition du ménage	% d'erreurs dans la composition du ménage
102.622	1070	1,07

PRÉVISIONS

La réglementation en matière d'I.M., telle que décrite ci-dessus, a fait l'objet d'une profonde réforme. La réforme équivaut à une fusion des 3 mécanismes existants pour l'obtention de l'I.M. (I.M. sur la base d'un avantage social, I.M. sur la base d'une qualité particulière, statut OMNIO).

Les mécanismes existants présentent entre autres les différences suivantes :

- acceptions divergentes de **la notion de « ménage »** selon qu'il s'agisse de l'I.M. ou du statut OMNIO (voir ci-dessus)
- existence d'une **période de référence** pour OMNIO et non pour les 2 systèmes classiques d'I.M. : le droit, pour le statut OMNIO, sera ouvert si le ménage du demandeur prouve que ses revenus n'ont pas dépassé le plafond durant une certaine période préalable (appelée « période de référence »). Pour l'I.M. sur la base d'une qualité particulière, le droit n'est pas accordé sur la base d'une telle période. Le ménage du demandeur doit en effet prouver qu'il a, au moment de la demande, un revenu inférieur au montant plafond fixé

- **preuve de faibles revenus** pour l'OMNIO et pour l'I.M. sur la base d'une qualité particulière et non pour l'I.M. sur la base d'un avantage social.

Dans le nouveau système uniforme, les différences existantes sont harmonisées :

- il n'existe plus qu'une seule acception de la notion de « ménage » (notamment celle de l'I.M.)
- pour l'octroi du droit à l'I.M., l'accent est mis sur un revenu du ménage, stable et faible, inférieur à un plafond fixé. Il est tenu compte d'une période de référence d'une année civile au cours de laquelle le ménage avait un revenu modeste.

On distingue ainsi 2 grands mécanismes :

- I.M. sur la base d'un avantage social ou enfants en situation difficile ou atteints d'un handicap
- I.M. sur la base d'une déclaration sur l'honneur (avec conditions de revenus).

Étant donné que la réglementation change fondamentalement, il faut adapter également les fichiers de données qui sont échangés pour obtenir et contrôler le droit à l'I.M. :

- la création d'un **flux de données proactif** vers le SPF Finances permet de soutenir les O.A. dans leur recherche de bénéficiaires potentiels de l'I.M. Cette proactivité rend le système plus accessible aux assurés sociaux qui ne doivent plus être au courant du fait qu'ils répondent aux conditions pour avoir droit à l'I.M.
- un **flux de contrôle optimisé** contenant des données plus restreintes permet aux O.A. d'obtenir plus rapidement les réponses du SPF Finances, de sorte que les gens qui dépassent le plafond I.M. perdent plus vite leur droit.

Tous ces éléments combinés font que le droit à l'I.M. sera accordé plus correctement, plus efficacement et suivant des règles plus transparentes.

État d'avancement du projet

La nouvelle réglementation I.M. entre en vigueur au 1^{er} janvier 2014.

Même si la réforme et les échanges de données et actions de communication y afférents n'entrent en vigueur qu'en 2014, une très grande partie du travail de réforme de l'I.M. a été réalisée au cours des années 2012 et 2013.

En 2014, la plus-value du travail accompli dans ce projet est réalisée par l'ensemble des services concernés.

c. Gestion et actualisation des flux de données qui prouvent une qualité ou une valeur de cotisation (données d'accessibilité administrative)

PRINCIPE

Pour pouvoir prétendre au remboursement de prestations de santé dans le cadre de l'assurance SSI, les assurés sociaux doivent :

- prouver qu'ils ont l'une des qualités de titulaire énumérées dans la réglementation
- payer une cotisation.

MÉTHODE

• Qualité

Les flux de données électroniques permettent de prouver la plupart des qualités octroyées. La Direction données d'accessibilité définit ces flux en concertation avec les O.A. et la BCSS. Ces flux de données doivent être adaptés en permanence en fonction des modifications de la réglementation. La Direction données d'accessibilité participe aux discussions relatives à ces modifications et est responsable de la validation finale.

Dans le courant de 2013, la Direction a entamé des discussions dans le but de revoir les données concernant la qualité de travailleur indépendant et de pensionné. Le but est de simplifier les flux de données.

• Cotisation

La valeur de la cotisation est elle aussi généralement prouvée à l'aide de flux de données électroniques. C'est le cas tant pour les cotisations des travailleurs salariés que pour les cotisations des travailleurs indépendants. Ces flux sont définis par la Direction, les O.A., l'ONSS, l'INASTI et la BCSS. Ces flux de données doivent également être adaptés en permanence aux modifications de la réglementation. La Direction données d'accessibilité participe aux discussions relatives à ces modifications et est responsable de la validation finale.

Dans le courant de 2013, le Service a examiné 11 modifications dans le flux de cotisation des travailleurs salariés. Le Service a entamé des discussions en 2013 dans le but de simplifier et d'actualiser le flux de données de cotisation des travailleurs indépendants.

d. Élaboration des preuves d'assurabilité provisoires

• Bons de cotisation

PRINCIPE

Comme mentionné plus haut, les assurés sociaux doivent remplir une obligation de cotisation pour avoir droit au remboursement de prestations de santé dans le cadre de l'assurance SSI. Un flux de données électroniques fournit la preuve du paiement de cotisations suffisantes. Avant le 1^{er} décembre de chaque année, les O.A. vérifient s'ils peuvent prolonger les droits de leurs affiliés.

Lorsque l'assurabilité d'un travailleur présente des manquements, un bon de cotisation (électronique) faisant défaut, étant erroné ou incomplet, les O.A. font appel au SCA pour contrôler ces manquements. Ce dernier peut fournir une pièce justificative provisoire.

MÉTHODE

Si un bon de cotisation électronique fait défaut, le SCA a pour compétence de rédiger une attestation d'assurabilité provisoire sur la base des pièces communiquées par l'O.A. (une fiche de paie, par exemple) et de la lui transmettre.

Il n'y a pas de délais fixes pour l'envoi des demandes et des réponses dans ce processus. On enregistre à peu près un envoi par semaine. Les O.A. examinant au plus tard le 1^{er} décembre si l'assurabilité de leurs affiliés peut être prolongée, le nombre de demandes augmente fortement de janvier à mars.

La procédure de traitement des demandes diffère d'une demande à l'autre. Des banques de données de la BCSS sont utilisées :

- les flux relatifs aux bons de cotisation électroniques (flux A908)
- les flux électroniques qui reprennent les bons de cotisation des assurés qui ont été transmis sur papier par l'ONSS, ONSSAPL à l'INAMI (flux A911)
- le Registre national
- le répertoire des employeurs.

Pour les demandes de duplicatas, le SCA prend également contact avec Sigedis, la banque de données des carrières. Le SCA peut demander un duplicata lorsque l'O.A. a des problèmes à identifier le travailleur. Cela arrive parfois lorsqu'il y a une erreur dans le numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS) utilisé par l'O.A.

Pour les demandes relatives à des bons incomplets, manquants ou ceux pour lesquels le travailleur ne peut être identifié, l'O.A. fournit des preuves supplémentaires au SCA pour prendre une décision fondée sur ces éléments.

RÉSULTATS

Le SCA a examiné 5.607 demandes dans le courant de 2013. Le tableau 16 présente une ventilation par type de demande.

Tableau 16: Nombre de demandes relatives aux bons de cotisation en 2013, par type/cause	
Type de demande	Nombre de demandes
Demandes de duplicatas	3.957
Problèmes de qualité	85
Bon incomplet	32
Absence de bon	1.468
Problèmes d'identification	65

PRINCIPE

L'attestation de pension atteste la qualité de titulaire pensionné au sens de l'assurance SSI, qualité qui constitue en soi la condition d'octroi du droit aux interventions de l'assurance SSI. C'est en principe l'instance chargée du paiement des pensions qui fournit cette attestation. En cas de perte ou de problèmes d'échange électronique de ces attestations, l'O.A. ou l'assuré social peut demander un duplicata de l'attestation de pension au SCA.

MÉTHODE

Le SCA reçoit les demandes par lettre, par mail ou exceptionnellement au terme d'un entretien personnel avec l'assuré. Les duplicatas sont (uniquement) délivrés aux assurés sociaux pensionnés qui résident en Belgique. La plupart des demandes émanent des O.A.

RÉSULTATS

Un grand nombre de demandes ne sont pas justifiées. Un duplicata n'est délivré que dans environ 35% des cas. Dans les autres cas, une attestation de pension électronique originale n'est pas disponible à cause d'un problème au niveau de l'institution de paiement des pensions. Un duplicata ne peut par conséquent pas être délivré.

Tableau 17: Nombre de duplicatas demandés et délivrés en 2013

Nombre de demandes	1.528
Nombre de duplicatas délivrés	488

e. Gestion et contrôle de l'échange de données dans le cadre de l'accessibilité administrative

Gestion et contrôle des mutations individuelles

PRINCIPE

Une mutation individuelle signifie qu'un assuré qui a la qualité de titulaire change d'O.A. Une mutation peut avoir lieu le premier jour de chaque trimestre (aux 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre). Dans ce cas, le nouvel O.A. est tenu de transmettre la demande de mutation à l'ancien O.A.

MÉTHODE

Le SCA a reçu jusqu'à fin 2013 une copie papier des demandes de mutation (formulaire 551), des refus de mutation (formulaire 552) et des demandes de mutation acceptées (formulaire 554).

RÉSULTATS

Il n'y a pas de chiffre disponible du nombre de formulaires reçus en 2013.

EVOLUTION

Le SCA a constaté que les formulaires papier compliquent énormément le suivi et le contrôle des mutations. Afin de pouvoir mieux assurer sa mission de suivi et de contrôle, le Service a travaillé à un transfert électronique de données de mutation en étroite concertation avec les O.A.. Ce système entre en vigueur en 2014.

Cette méthode de travail permettra un meilleur traitement des données de mutation afin de pouvoir également effectuer des analyses performantes à des fins stratégiques et de contrôle et d'avoir une idée beaucoup plus précise des mutations intervenues.

La base réglementaire pour un tel transfert électronique a été élaborée et publiée en 2013. Le Service a en outre profité de l'occasion pour actualiser les règles en matière de mutation et les adapter aux nouvelles réalités de la société.

Le nouveau transfert électronique des données relatives aux demandes, approbations et refus de mutations est passé en phase de test dans le courant de 2013 et remplacera entièrement, à partir de 2014, l'envoi de formulaires de mutation sur papier à la Direction données d'accessibilité.

Feedback concernant les assujettissements erronés à la sécurité sociale

PRINCIPE

La qualité de travailleur salarié titulaire constitue une des principales qualités prévue par l'assurance SSI.

Il arrive qu'un travailleur salarié soit assujetti à tort (erronément) à la sécurité sociale en qualité de travailleur salarié (par exemple, lorsque son activité doit être considérée comme une activité exercée en qualité de travailleur indépendant). Il faut alors régulariser cette qualité.

MÉTHODE

Le SCA gère l'échange de données relatives aux assujettissements erronés. L'ONSS informe le SCA d'un assujettissement erroné en qualité de travailleur salarié. Le SCA examine à quelle période se situe l'assujettissement erroné et à quelle mutualité l'intéressé était affilié durant la période concernée. L'O.A. est ensuite informé de l'assujettissement erroné du titulaire concerné en qualité de travailleur salarié. Ensuite, l'O.A. informe le SCA de la manière dont il a régularisé la situation d'assurabilité.

RÉSULTATS

En 2013 (jusqu'au 30 novembre inclus), l'ONSS a transmis au SCA 531 messages d'assujettissement erroné.

ÉVOLUTION

À partir de 2014, le projet de feed-back AESS-AFSS permet de donner un feed-back uniforme et sécurisé tant pour les assujettissements erronés que frauduleux (fictifs). La gestion des dossiers d'assujettissement erroné à la sécurité sociale transmis à partir du 1^{er} décembre 2013 par l'ONSS au Service du contrôle administratif est reprise par la Direction contrôle des O.A..

f. Études et analyses des données d'assurabilité

Informations concernant les assurés sociaux et leur statut sur le plan de l'accessibilité administrative et financière à l'assurance (effectifs)

PRINCIPE

Le fichier des effectifs des O.A. constitue la seule banque de données à l'INAMI qui donne une image globale de la population des assurés sociaux en Belgique. Ce fichier constitue donc une importante source de données permettant de déterminer et d'améliorer l'accessibilité administrative et financière de l'assurance SSI.

MÉTHODE

Chaque O.A. transmet, deux fois par an, un fichier anonymisé sur les effectifs à la Cellule datamanagement de l'INAMI, qui en assure la bonne réception et effectue des contrôles de qualité des fichiers transmis. Ce fichier comprend tous les bénéficiaires de l'assurance SSI en Belgique qui sont affiliés à l'O.A. au 30 juin et au 31 décembre de l'année concernée.

RÉSULTATS

Sur la base des données sur les effectifs, la Direction fournit des informations de base aux gestionnaires de l'assurance par le biais d'une note à l'intention du Comité général de gestion.

Le Service répond en outre à des questions spécifiques sur ces effectifs. En 2013, 17 questions émanant des affiliés et portant sur les chiffres relatifs aux données d'assurabilité ont obtenu une réponse. La plupart des questions portent sur le nombre de bénéficiaires par régime, le nombre de bénéficiaires de l'I.M. et/ou du statut OMNIO, parfois même par commune, province ou arrondissement. Des questions sur le nombre de membres ou de bénéficiaires par O.A., sont posées.

Depuis le 31 janvier 2013, toute personne qui a accès à Internet peut établir elle-même des statistiques de base des personnes affiliées à une mutualité belge. Une nouvelle application sur le site web calcule en effet les nombres demandés sur la base d'un certain nombre de valeurs d'option. Il s'agit d'un outil innovant de « autoreporting » qui sert de projet pilote pour d'autres applications similaires à l'INAMI. Depuis la mise en production de cet outil, la Direction constate une baisse importante du nombre de demandes statistiques spécifiques issues des effectifs.



Vous trouvez l'application et un complément d'informations sur le site web de l'INAMI : www.inami.be, rubrique « Voulez-vous en savoir plus ? » > Statistiques de l'INAMI > Statistiques des personnes affiliées à une mutualité (effectifs).



Les principes du MAF figurent au point a. « Contrôles systématiques du MAF »

Chiffres trimestriels concernant le MAF

PRINCIPE

Dans le cadre du MAF, ce sont les mutualités qui, sur base du code qui leur a été communiqué par le SCA, à partir d'un montant en tickets modérateurs dans le compteur MAF, correspondant à ce code, remboursent intégralement les prestations aux membres du ménage. Le SCA n'a donc pas connaissance ni des ménages qui atteignent les montants plafonnés ni des montants qu'ils se voient rembourser.

PROCÉDURE

Tous les 3 mois, les O.A. envoient des données chiffrées concernant le nombre de bénéficiaires du MAF et le montant total des remboursements par catégorie et par année de référence. Les chiffres ne concernent pas uniquement le MAF revenus mais aussi le MAF social, le MAF pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans et le MAF pour les enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées. Le SCA établit ces statistiques afin de pouvoir suivre les résultats et l'incidence de la mesure. Le SCA conserve et totalise annuellement ces données.

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente les chiffres agrégés pour l'ensemble des O.A. pour l'année MAF 2013 au 1^{er} janvier 2014. Les nombres sont ventilés par catégorie MAF.

Tableau 18: Nombre de bénéficiaires du MAF pour l'année MAF 2013 au 1 ^{er} janvier 2014	
Bénéficiaires du MAF	MAF 2013
MAF social	167.768
MAF revenus (450 EUR)	86.130
MAF revenus (650 EUR)	193.503
MAF revenus (1.000 EUR)	77.266
MAF revenus (1.400 EUR)	23.370
MAF revenus (1.800 EUR)	30.697
Allocations familiales majorées	252
Enfant âgés de moins de 19 ans	5.674
Total	584.660

g. Décisions en matière d'assurabilité : cas particuliers

PRINCIPE

La plupart des décisions dans un dossier d'assurabilité sont prises par l'O.A. Dans des cas très particuliers concernant l'accès à l'assurabilité, le SCA prend des décisions ou prépare une décision qui sera prise dans un autre service de l'INAMI. Il s'agit des cas exceptionnels suivants :

- demande d'inscription avec effet rétroactif
- demande d'immunisation des périodes de séjour à l'étranger
- demande de dispense de la période de stage pour le droit aux soins de santé
- demande de renonciation à la récupération de prestations de santé.

Le SCA dresse en outre la liste des modalités de preuve pour certaines qualités ainsi que la liste des pièces justificatives pour les types de cotisation spécifiques de l'assurabilité. Quelques exemples :

- demander la reconnaissance de la preuve de séjour en Belgique et de cohabitation avec le titulaire, pour certains enfants inscrits comme personnes à charge
- demander la reconnaissance des moyens de preuve de l'inscription comme personne inscrite au Registre national (« résident »), pour les personnes qui ne sont pas encore inscrites au Registre national (en attendant leur inscription)
- prévoir des modalités de preuve de l'inscription de certaines catégories d'étrangers comme personnes inscrites au Registre national
- prévoir des modalités de preuve pour les étrangers mineurs non accompagnés
- actualiser la valeur minimale dans le cadre de l'obligation de cotisation
- élaborer des attestations de cotisation spécifiques pour les chômeurs qui suivent une formation professionnelle et qui, en cette qualité, sont victimes d'un accident de travail
- agréer des établissements d'enseignement relevant de l'enseignement supérieur
- établir des attestations pour les militaires bénéficiant de l'I.M.

MÉTHODE

Les O.A. introduisent une demande pour les assurés sociaux concernés.

La décision finale dans les dossiers d'accessibilité administrative appartient au fonctionnaire dirigeant du SCA. Pour les demandes de renonciation à la récupération de prestations de santé, c'est le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI qui prend la décision finale.

Les modalités de preuve sont contenues dans plusieurs circulaires qui sont régulièrement mises à jour, si nécessaire.

RÉSULTATS

Tableau 19: Aperçu du nombre de demandes en 2013, ventilées par type de demande	
Inscription rétroactive	33
Reconnaissance des moyens de preuve « résident »	1
Immunsation des périodes de séjour à l'étranger	106
Dispense de la période de stage pour le droit aux soins de santé	-
Renonciation à la récupération de prestations de santé	-

h. Cartes SIS perdues

PRINCIPE



La **carte d'identité sociale (carte SIS)** contient des informations relatives au statut de l'assuré, c.-à-d. son accès administratif et financier à l'assurance SSI. Ces informations concernent entre autres la qualité de l'assuré social, son droit, s'il bénéficie ou non de l'I.M. de l'assurance.

La carte SIS est un instrument d'identification unique pour le secteur de la sécurité sociale. Elle est gérée par la BCSS. C'est la BCSS qui gère la réglementation relative à la forme et aux données que la carte SIS contient, les lecteurs de cartes, le fichier qui répertorie toutes les cartes. Par contre, ce sont les O.A. qui sont chargés de fournir les cartes SIS aux assurés.

MÉTHODE

Le SCA contrôle la délivrance, le remplacement et le renouvellement des cartes SIS. Dans le cadre de cette mission, le SCA informe les O.A. ainsi que la BCSS des pertes de cartes SIS qui lui sont signalées.

RÉSULTATS

Le nombre de cartes SIS perdues s'élevait à 322 en 2013.

ÉVOLUTION

Depuis le 1^{er} janvier 2014, la carte SIS n'est plus utilisée comme support pour les données d'assurabilité. À partir de cette date, les données d'assurabilité sont consultées en ligne dans les banques de données des mutualités par le biais du réseau MyCaret. Cette consultation en ligne s'effectue à l'aide de la carte d'identité électronique ou de documents équivalents ou de substitution (comme la carte ISI+ délivrée par l'O.A. aux assurés qui ne disposent pas d'une carte d'identité électronique).

La Direction données d'accessibilité a collaboré, en 2013, à la réalisation de cette modification importante. La Direction a également préparé la circulaire qui prévoit une nouvelle « attestation d'identification de l'assuré social » dans certaines situations prévues par la réglementation, telles que la perte, le vol ou la non-disponibilité de la carte ISI+.

6. Modernisation des formulaires à utiliser par les O.A.

L'article 29 du Contrat d'administration 2010-2012 de l'INAMI prévoit l'objectif suivant : évaluer les formulaires utilisés par les assurés sociaux dans le secteur SSI sur le plan de la lisibilité et les adapter afin de les rendre plus compréhensibles et de faciliter leur utilisation.

Cet article a comme objectif plus large :

- la simplification administrative
- l'amélioration de l'accessibilité aux soins.

Cet objectif porte actuellement sur 2 formulaires :

- le formulaire d'inscription
- le formulaire de déclaration d'accident.

a. Formulaire d'inscription

RÉGLEMENTATION

L'article 118 de la loi SSI stipule que pour bénéficier de prestations de santé « *les bénéficiaires doivent être affiliés à une mutualité ou inscrits à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ou à la Caisse des soins de santé de la SNCB. À l'exception du personnel statutaire de la SNCB qui doit obligatoirement être inscrit à la Caisse des soins de santé de la SNCB, le choix de l'organisme assureur est librement exercé par les bénéficiaires. Le choix des bénéficiaires détermine celui des personnes à leur charge* ».

En exécution de l'article 118 de la loi SSI, l'article 252, alinéa 1er, de l'AR du 3 juillet 1996 prévoit que « *pour choisir un organisme assureur, les bénéficiaires [...] remettent à une mutualité, à un Office régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ou à la Caisse des soins de santé de la SNCB, une demande d'inscription comportant un bulletin de composition de ménage* ».

ÉTAT D'AVANCEMENT

Au sein de l'INAMI, l'analyse de la lisibilité est gérée par la Cellule Communication qui en discute avec le Service du contrôle administratif, le Service des soins de santé et le Service des indemnités. La demande d'inscription s'effectue en effet à l'aide d'un formulaire qui est identique pour l'ensemble des secteurs de l'assurance SSI.

Au terme de discussions, il a été décidé de ne reprendre sur le formulaire d'inscription que les informations nécessaires à une inscription valable sur le plan légal, à savoir la composition du ménage et le choix de l'O.A.. Les O.A. peuvent prévoir des questions supplémentaires mais l'assuré social doit savoir précisément quelles informations sont obligatoires sur le plan légal et lesquelles sont plutôt de nature à informer.

Les principales adaptations concernent :

- la suppression d'un certain nombre d'informations obligatoires, comme le lieu de résidence et la profession. Ces informations se trouvent dans la partie informative
- la demande d'information concernant les personnes à charge à inclure / à inscrire au lieu d'une question sur la composition du ménage
- une demande d'information sur l'ancienne mutualité. Il s'agit d'une information utile lorsqu'une personne à charge devient titulaire ou lors d'une réinscription.

Depuis le 1^{er} septembre 2013, les détenteurs d'une carte d'identité spéciale, délivrée par la Direction du Protocole du SPF Affaires étrangères, n'ont plus la possibilité de s'inscrire comme « personne inscrite au Registre national ». Il a été proposé de prévoir une mention sur le formulaire d'inscription selon laquelle le demandeur déclare ne pas être détenteur d'une telle carte d'identité spéciale afin que les O.A. puissent détecter ces personnes.

La proposition a été soumise à la Commission technique du SCA qui a rendu un avis favorable en sa séance du 29 octobre 2013. Il a été convenu de reporter l'approbation du formulaire d'inscription au sein de ce comité à une date ultérieure à la publication de la circulaire O.A. du Service des soins de santé relative à l'inscription de détenteurs d'une carte d'identité spéciale, délivrée par la Direction du Protocole du SPF Affaires étrangères.

b. Formulaires de déclaration d'accident

REGLEMENTATION

Dans l'hypothèse où un dommage est susceptible d'être réparé en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun, les O.A., en application de l'article 136§2 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, sont tenus d'octroyer à l'assuré social les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités dans l'attente de la réparation possible.

Toutefois en vertu de cette même disposition, les O.A. sont subrogés de plein droit aux bénéficiaires, à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues par l'autre législation. Ils ont donc l'obligation, le cas échéant, de récupérer, en tout ou en partie, les débours qu'ils ont avancés à charge de l'assurance soins de santé et indemnités.

Pour initier cette procédure en récupération des débours avancés les O.A. doivent disposer d'informations que, dans un premier temps, l'assuré victime d'un accident doit lui fournir.

Sont visés différents types de situations où l'article 136§2 de la loi coordonnée trouve application : accident de travail, maladie professionnelle, accident avec tiers responsable – accident de circulation, agression, accident scolaire -.

L'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 impose à l'assuré concerné une obligation d'information de son organisme assureur. Le formulaire « Déclaration d'accident » est un premier moyen de fournir à ce dernier les informations nécessaires à, le cas échéant, la mise en route cette procédure en récupération.

ETAT DES LIEUX

Il est apparu à notre service, en concertation avec le service « Modernisation » des services généraux de l'INAMI, que ce document devait être revu pour les raisons suivantes :

- ce document très ancien datant du 5 juin 1981 était devenu obsolète en raison de sa référence à des dispositions législatives qui ont été modifiées du seul fait de l'entrée en vigueur de la loi du 14 juillet 1994 et de l'arrêté royal du 3 juillet
- ce document contenait encore une rubrique concernant les accidents sportifs qui, en dehors de la responsabilité d'un tiers, ne tombent plus sous l'application de l'article 136 de la loi SSI du 14 juillet 1994 depuis le 1^{er} mai 2003
- ce document manquait de clarté, de lisibilité et avait un aspect rébarbatif pour l'assuré social.

Le service, en collaboration avec les mutuelles qui ont contribué par leurs remarques et leurs suggestions, a donc travaillé à la réalisation d'un nouveau document répondant aux exigences identifiées.


Un premier projet fut élaboré par le Service et envoyé aux O.A. le 13 mars 2013. Le document fut présenté à la réunion de la Commission technique du service du contrôle administratif du 23 avril 2013. Les O.A. firent valoir un certain nombre de remarques et de suggestions.

Retenant les éléments pertinents le Service élaborera une deuxième version du document, y ajoutant un document en version simplifiée visant la situation simple où il apparaît immédiatement que l'événement ne donnera pas lieu à une application de l'article 136§2 de la loi SSI (cas de maladie par exemple). Ces formulaires furent présentés à la réunion de la Commission technique du 29 octobre 2013.

Suite à de nouvelles remarques de la part des mutualités, visant notamment leur souhait de disposer d'un document plus court, une troisième version a été élaborée.

II. Responsabilisation & régulation

1. Responsabilisation financière des O.A.

 Dans le cadre de la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration, l'INAMI transmet chaque année des informations à l'OCM. Sur la base de ces données, l'OCM évalue les prestations de gestion des O.A. et, lorsque des manquements sont constatés, des moyens financiers sont déduits d'une partie de l'enveloppe budgétaire allouée (la partie variable des frais d'administration) en fonction de l'ampleur de ces manquements.

Ainsi, pour l'année 2013, le SCA a porté son attention sur les informations à communiquer à l'OCM dans le cadre des critères d'évaluation actuels.

PRINCIPE

En application de l'arrêté royal du 28 août 2002, modifié par l'arrêté royal du 21 décembre 2006, l'INAMI transmet chaque année des informations à l'OCM dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration.

L'OCM utilise ces données pour évaluer les prestations de gestion des O.A. C'est notamment sur base de ces données que l'OCM évalue les prestations de gestion des O.A. Si l'OCM constate des manquements, il déduit des moyens financiers de la partie variable des frais d'administration qui leurs sont octroyés proportionnellement à l'ampleur des manquements.

L'arrêté royal du 28 août 2002 mentionne 10 critères dont 6 pour lesquels l'INAMI doit fournir des informations (critères 1 à 5 et critère 9), à savoir:

1^{er} critère

- la communication dans les délais et la qualité des données nécessaires pour atteindre les objectifs mentionnés dans le contrat d'administration
- l'exécution, dans les délais et de manière correcte, des tâches et missions visées dans le contrat d'administration.

2^e critère

- les délais dans lesquels les mutualités traitent les dossiers auxquels s'applique la réglementation relative au MAF et la rigueur dans la gestion de ces dossiers
- la rapidité de satisfaction aux autres obligations en matière de remboursement.

3^e critère

- la transmission, dans les délais prévus et dûment établis, des documents administratifs, comptables, financiers et statistiques légalement prévus
- la transmission, dans les délais, des données correctes et complètes nécessaires aux experts qui sont chargés d'élaborer les paramètres qui serviront à établir la clé de répartition normative dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A.

4^e critère

- la qualité de la participation à des études effectuées en vue de déterminer une politique, notamment la communication dans les délais et la qualité des données nécessaires.

5^e critère

- l'évaluation du fonctionnement du système de contrôle interne et d'audit interne porte sur :
- le respect des modalités particulières de remboursement des prestations
- la récupération des paiements subrogatoires ou indus
- la qualité des contrôles de validité institués en vue du remboursement et du décompte corrects des prestations et la qualité du contrôle de la réalité et de la conformité de ces prestations
- la qualité du contrôle de la réalité et de la conformité du résumé clinique minimum
- la présence d'une faute, erreur ou négligence, lors de l'octroi d'indemnités d'incapacité de travail pour les demandes de renonciation à la récupération de l'indu introduites auprès du Comité de gestion du Service des indemnités de l'INAMI.

9^e critère

- la bonne exécution des tâches dévolues aux médecins-conseil
- la transmission dans les délais et la bonne qualité des données nécessaires à l'exécution des missions du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

MÉTHODE

Le SCA recueille l'ensemble des données prévues par les 6 critères précités et ce auprès de chaque Service de l'INAMI. Le SCA les communique ensuite à l'OCM.

Outre la coordination de ces données, le SCA fournit des informations pour 4 de ces 10 critères, à savoir les critères 1, 2, 3 et 5.

1^e critère

Pour ce qui concerne l'objectif de développement du rôle d'audit et de conseil des services d'inspection de l'INAMI auprès des mutualités et des organes de gestion, les résultats de tous les contrôles thématiques réalisés par le SCA sont pris en considération.

2^e critère

Le SCA fournit des données relatives aux délais dans lesquels les dossiers du MAF sont traités (données exprimées en nombre de jours de retard), à l'exactitude dans le cadre de la gestion des dossiers (données exprimées en nombre d'enregistrements rejetés) et à la fourniture des statistiques MAF trimestrielles.

3^e critère

Documents administratifs, comptables, financiers et statistiques prévus par la loi. Dans ce cadre, le SCA transmet des données chiffrées concernant les délais dans lesquels les O.A. transmettent les documents administratifs (fichiers de données) relatifs à l'intervention majorée, aux effectifs et à l'article 195. Le SCA transmet également des données chiffrées concernant les délais dans lesquels les O.A. transmettent les documents financiers et comptables (documents T20 et article 336).

5^e critère

- En ce qui concerne l'évaluation du fonctionnement du système de contrôle interne et d'audit interne sur la base de la récupération en cas de paiement subrogatoire ou de paiement indu, le SCA s'occupe :
 - des résultats du contrôle thématique relatif aux cas de récupération de montants entraînant une augmentation des frais d'administration alloués au O.A. effectué par les inspecteurs sociaux du SCA dans le cadre de l'article 195 de la loi SSI
 - du contrôle de la récupération des paiements entraînant une augmentation des frais d'administration attribués à l'O.A.
 - du contrôle des listes nominatives telles qu'elles sont introduites par l'O.A. en ce qui concerne les récupérations dans le cadre des articles 136, § 2, et 164 de la loi SSI.
- En ce qui concerne l'évaluation du fonctionnement du système de contrôle interne et d'audit interne sur la base de la présence d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence lors de l'octroi d'indemnités d'incapacité de travail, et lorsque le Comité de gestion du Service des indemnités renonce à la récupération des montants indus, le SCA fournit des données relatives aux cas et montants pour lesquels il a été renoncé à une récupération en raison de la constatation par le SCA d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A.

RÉSULTATS

En 2013, le SCA a fourni les données suivantes :

- le rapport du contrôle thématique relatif à la protection de la maternité dans le régime général
- le rapport du contrôle thématique relatif aux non-assurés
- les fichiers concernant le MAF et les effectifs
- les documents financiers T20 et article 336
- les fichiers concernant la transmission des données relatives à l'intervention majorée et la transmission des données article 195
- le rapport du contrôle thématique relatif aux cas de récupération de montants entraînant une augmentation des frais d'administration alloués aux O.A.
- le rapport relatif au datamatching fraude sociale concernant les indicateurs de fonctionnement des O.A. et des mutualités dans le cadre du contrôle des cumuls interdits
- les cas et montants pour lesquels il a été renoncé à la récupération alors que le SCA a constaté une faute, erreur ou négligence.

En 2013, un rapport de synthèse reprenant l'ensemble des données d'évaluation fournies par l'INAMI a été réalisé et transmis à l'OCM afin de déterminer la partie variable des frais d'administration octroyés aux O.A.

2. Décisions relevant de la compétence discrétionnaire du fonctionnaire dirigeant

Dans une série de matières qui relèvent des missions du SCA, le fonctionnaire dirigeant a le pouvoir de prendre des décisions en disposant d'une latitude d'appréciation dans le respect de la légalité. Il s'agit de la compétence « discrétionnaire » du fonctionnaire dirigeant.

Le fonctionnaire dirigeant statue dans les domaines suivants :

- les sanctions et amendes administratives applicables aux assurés sociaux, O.A., dispensateurs de soins
- l'examen des autres moyens de preuves que ceux déterminés par la loi, pour attester de la cohabitation, en ce qui concerne les personnes à charge, ou pour attester de la résidence en Belgique, en ce qui concerne les « résidents »
- les demandes d'inscription à un O.A., avec effet rétroactif
- la récupération d'un indu en indemnités d'incapacité de travail au-delà de 7 ans
- les dispenses de prise en charge en frais d'administration des montants indus non récupérés par les O.A.
- les cas de force majeure qui peuvent suspendre le délai de prescription du paiement des prestations prévues par l'assurance SSI.

Les décisions prises dans ce cadre sont des décisions administratives dûment motivées et susceptibles de recours devant les juridictions du travail. La plupart de ces domaines prennent une place importante dans les activités du SCA. Certains domaines particuliers font l'objet d'un commentaire ci-après.

a. Sanctions administratives

Dans le cadre de la réglementation de l'assurance SSI, le fonctionnaire dirigeant prend des décisions administratives en cas d'infractions à la réglementation. Il prononce des sanctions administratives à charge :

- des assurés sociaux
- des O.A.
- des dispensateurs de soins.

Sanctions à charge des assurés sociaux

PRINCIPE

La fraude sociale commise par les assurés sociaux varie en intensité et en forme : assujettissement fictif à la sécurité sociale, travail au noir, travail déclaré mais non autorisé par le médecin-conseil, fraude au domicile, fausses attestations de soins donnés, etc.

Ces infractions peuvent aboutir à l'établissement d'un procès-verbal (P.V.) de constat, à une récupération de prestations payées indûment et à une sanction administrative prononcée par le fonctionnaire dirigeant du SCA. Le but de la récupération d'indu est de compenser le préjudice subi par l'assurance SSI. Quant à la sanction ou la sanction avec sursis, elle a pour objectif de dissuader l'assuré à commettre à nouveau l'infraction.

L'article 168quinquies de la loi SSI distingue 2 types de sanctions pour le régime général :

- une amende dans le secteur des soins de santé
- une suspension temporaire de l'indemnisation dans le secteur des indemnités.

Tableau 20: Sanctions et amendes prévues par la loi SSI		
	Faux document ou fausse déclaration	Exclusion / amende
Art. 168quinquies, §1	Soins de santé	Amende de 50 à 500 EUR
Art. 168quinquies, §2, 1°	Indemnités	Exclusion de 1 à 200 jours d'indemnités
	Jours de travail non autorisés	Jours d'exclusion
Art. 168quinquies, §3		
1°	De 1 à 30 jours	De 1 à 36 jours
2°	De 31 à 140 jours	De 37 à 102 jours
3°	De 141 à 185 jours	De 103 à 144 jours
4°	186 jours et plus	De 145 à 180 jours

Les travailleurs indépendants sont quant à eux toujours sanctionnés sur base de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 lequel prévoit un régime spécifique consistant uniquement en exclusion temporaire des indemnités.

Le Code pénal social² procède à un inventaire et une codification de toutes les infractions pénales en droit pénal social et les classe par niveau de gravité, de 1 à 4.

MÉTHODE

Un P.V. de constatation d'infraction établi par un inspecteur ou contrôleur social du SCA ou un médecin-inspecteur du SECM reprend les éléments constitutifs des infractions et est transmis au Service juridique du SCA.

Le Service juridique envoie une copie de ce P.V. de constatation à l'assuré par lettre recommandée. Pour les dossiers des contrôleurs sociaux, il envoie également une copie du P.V. de constatation à la mutualité, en vue de l'examen médical par le médecin-conseil et pour débiter la récupération des prestations indues.

Avant de prononcer une sanction administrative, le Service juridique écrit également à l'Auditeur du travail pour savoir si des poursuites pénales sont envisagées. En cas de poursuites pénales, le fonctionnaire dirigeant ne peut pas prononcer de sanction administrative, dans le respect du principe du « non bis in idem ».

Le plus souvent, l'Auditeur du travail classe sans suite et le fonctionnaire dirigeant du SCA peut alors prononcer une sanction administrative après avoir invité l'assuré à faire valoir ses moyens de défense.

Le Service juridique du SCA calcule la durée de l'exclusion en indemnités en fonction de certains critères, notamment la durée de l'infraction (nombre de jours travaillés).

2. Loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social, M.B. 1er juillet 2010, en vigueur au 1er juillet 2011.

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente le nombre total de sanctions aux assurés prononcées en 2013 dans le secteur des soins de santé et dans le secteur des indemnités.

Tableau 21: Nombre total de sanctions aux assurés prononcées en 2013 par secteur	
Nombre de sanctions en soins de santé	Nombre de sanctions en indemnités
27	275

Sanctions à charge des O.A.

PRINCIPE

Les O.A. collaborent à la gestion de l'assurance SSI. Ils doivent également respecter certaines obligations en matière de gestion des dossiers d'assurance SSI de leurs affiliés. En cas de manquements, le fonctionnaire dirigeant du SCA peut leur infliger des amendes administratives. Les sanctions sont décrites à l'article 166 de la loi SSI.

Les sanctions aux O.A. sont au nombre de 9 et dans 2 cas de problèmes d'organisation ou de gestion de dossiers, l'amende administrative s'élève à 1.250 EUR tandis qu'un avertissement et un délai de régularisation sont prévus.

Les 7 autres sanctions administratives concernent des infractions constatées dans un dossier particulier. Elles visent l'absence d'interruption de prescription pour la récupération des paiements indus, l'absence d'inscription au compte spécial d'un indu constaté soit par l'O.A. lui-même, soit par le SCA.

Sont également visés le paiement par faute de l'O.A. mais aussi l'absence de régularisation en cas d'affiliation ou l'inscription d'un assuré dans une qualité erronée, l'absence de preuve que le montant de l'indu ou de l'amende a été mis à charge des frais d'administration.

Enfin, est sanctionnée l'inscription à tort sur les listes des montants effectivement récupérés d'un montant qui ne pouvait y figurer. La sanction immédiate aux O.A. est maintenue dans le cas d'infractions graves, qui portent atteinte aux fondements du régime de l'assurance SSI sans avertissement préalable ni délai de régularisation.

MÉTHODE

Le rapport de l'inspecteur social du SCA constate les manquements visés à l'article 166, §1er de la loi SSI. Il est notifié à l'O.A. qui dispose de 2 mois pour faire valoir des moyens de défense.

Si l'O.A. envoie des moyens de défense, le SCA répond aux moyens de défense transmis. Le fonctionnaire dirigeant du SCA prononce l'amende si l'infraction est avérée.

Des circonstances atténuantes sont prévues. Ces amendes sont payables par les O.A. à l'INAMI et sont elles aussi passibles de recours, mais dans le mois de leur prononcé, devant le Tribunal du travail de Bruxelles.

RÉSULTATS

En 2013, 553 sanctions aux O.A. ont été prononcées.

Sanctions à charge des dispensateurs de soins

PRINCIPE

Le fonctionnaire dirigeant du SCA prononce également des sanctions administratives à charge des dispensateurs de soins dans certains cas, notamment pour non respect des honoraires. Cette infraction est sanctionnée par l'article 168, alinéa 3 de la loi SSI. Elle est passible d'une amende administrative égale à 3 fois le montant du dépassement, avec un minimum de 125 EUR.

En cas de retard dans la remise d'une attestation de soins par un dispensateur de soins, le fonctionnaire dirigeant du SCA peut aussi prononcer une amende, qui l'élève à 25 EUR par mois de retard ; le montant de l'amende ne pouvant pas excéder 250 EUR par document.

MÉTHODE

Un P.V. de constatation d'infraction est établi et une copie du P.V. constatant l'infraction est transmise au contrevenant par lettre recommandée. Par la même notification, le contrevenant est prié de faire valoir ses moyens de défense au fonctionnaire dirigeant du SCA.

Le fonctionnaire dirigeant applique l'amende administrative et le contrevenant reçoit la décision par lettre recommandée. Il doit payer l'amende dans un délai de 3 mois à partir de la date de la communication de la décision.

RÉSULTATS

En 2013, le fonctionnaire dirigeant a appliqué 10 décisions d'amendes à charge de dispensateurs de soins pour un montant total de 12.500 EUR pour remise tardive d'attestations de soins.

b. Décisions d'octroi d'un délai de remboursement des indus en indemnités au-delà de 7 ans

PRINCIPE

Le SCA et les mutualités elles-mêmes détectent couramment des montants indus, notamment en matière d'indemnités d'incapacité de travail à charge des assurés sociaux.

En application de l'article 326, §1er de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les mutualités doivent récupérer ces indus endéans un délai de 2 ans à dater de leur constatation. Les mutualités et les assurés sociaux peuvent cependant conclure une convention prévoyant un remboursement sur un plus long terme. Toutefois, en matière d'indus en indemnités d'incapacité de travail, lorsque le délai prévu dépasse 7 ans, l'accord du fonctionnaire dirigeant du SCA est requis.

MÉTHODE

En accord avec l'assuré social, la mutualité envoie au SCA une demande de prolongation du délai de remboursement. Cette demande est accompagnée d'un dossier social reprenant les éléments d'information sur:

- l'indu
- la situation financière de la famille de l'assuré
- la reconnaissance de dette
- la proposition du niveau du remboursement.

Le SCA examine le dossier; un contrôle sur les ressources de l'assuré est notamment effectué par la consultation des bases de données (DMFA, documents de dépenses en indemnités, etc.). La proposition du délai est aussi analysée dans le but de ne pas étendre le délai de remboursement sur un trop grand nombre d'années, en tenant compte aussi de l'âge de l'assuré.

Le fonctionnaire dirigeant prend sa décision sur base du dossier ainsi constitué. La décision peut être :

- positive
- positive avec une durée limitée dans le temps. Dans ce cas, une révision est programmée quelques années plus tard avec un réexamen de la situation financière de l'intéressé
- négative. Dans ce cas l'O.A. est invité à obtenir de l'assuré un nouvel accord avec des termes différents ou à employer d'autres moyens pour récupérer le montant (retenues sur le salaire ou sur les indemnités octroyées par exemple).

RÉSULTATS

En 2013, 106 demandes d'approbation d'un délai de remboursement de plus de 7 ans ont été introduites.

c. Décisions de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés

PRINCIPE

S'ils ne parviennent pas à récupérer les prestations indues des assurés sociaux dans le délai légalement prévu, les O.A. doivent inscrire le solde restant à charge de leurs propres frais d'administration.

Les O.A. peuvent toutefois demander au fonctionnaire dirigeant du SCA d'en être dispensés. Celui-ci ne peut cependant pas en accorder si (article 327 de la loi SSI) :

- la récupération résulte d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné
- l'O.A. concerné n'a pas employé tous les moyens légaux en vue de la récupération
- la récupération concerne un montant de moins de 600 EUR
- la demande est introduite en dehors des délais.

MÉTHODE

Les dossiers pour lesquels une demande de dispense est introduite par l'O.A. sont examinés en mutualité. Les inspecteurs sociaux analysent les éléments du dossier par rapport au respect des 4 conditions d'application de l'article 327. Sur base de ce rapport, le fonctionnaire dirigeant prononce une décision négative ou positive. Suivant les cas, l'O.A. devra ou non prendre à charge de ses frais d'administration le montant indu non récupéré.

RÉSULTATS

Le tableau suivant reprend le nombre de demande et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés en 2013.

Tableau 22: Nombre de demande et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés en 2013	
Nombre de demandes	Nombre de décisions positives
343	179

d. Suspension de prescription pour cause de force majeure

PRINCIPE

L'article 174 de la loi SSI stipule que le délai de prescription pour le remboursement de prestations en soins de santé et le paiement d'indemnités est de 2 ans à partir de :

- la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis pour ce qui concerne les soins de santé
- de la fin du mois au cours duquel les indemnités ont été payées.

Une exception est prévue³ en cas de force majeure (c.-à-d. une situation indépendante de la volonté de celui qui en fait la demande).

Il faut qu'un événement ait existé et persisté, qui, de manière absolue, empêche l'assuré ou le dispensateur de soins de demander le paiement ou le remboursement par la mutualité.

MÉTHODE

L'assuré, un dispensateur de soins ou l'O.A introduit une demande. Le fonctionnaire dirigeant notifie la décision par lettre recommandée à l'assuré social et envoie une copie de la décision à l'O.A.

RÉSULTATS

Le tableau ci-dessous reprend le nombre de décisions d'accord de suspension de prescription pour force majeure et le nombre de décisions négatives prises par le fonctionnaire dirigeant, de 2011 à 2013.

Tableau 23: Nombre de décisions de suspension de prescription pour force majeure positives ou négatives et nombre total en 2011, 2012 et 2013			
Année	Nombre de décisions positives	Nombre de décisions négatives	Nombre total
2011	699	63	762
2012	543	49	592
2013	438	36	474

3. Contentieux

Tant les décisions du fonctionnaire dirigeant du SCA que les notifications adressées par le Service aux O.A. sont susceptibles de recours devant les juridictions du travail.

Trois types de contentieux retiennent plus particulièrement l'attention :

- le contentieux des sanctions aux assurés
- le contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de 2 ans pour cause de force majeure
- le contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration.



Les constatations des rapports d'inspection adressés aux O.A. devant les juridictions du travail sont minimales et ne font pas l'objet d'un commentaire dans ce rapport.

3. prévue par l'article 328 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI.

a. Contentieux des sanctions aux assurés

PRINCIPE

Le SCA prépare le point de vue qui sera coulé sous forme de conclusions par l'un des avocats de l'INAMI. La thèse comporte :

- un point sur la recevabilité : le délai de recours a-t-il été respecté ? Est-ce la compétence du tribunal ?
- les arguments de fait et de droit fondant la décision
- le dossier administratif contenant : la décision administrative litigieuse, le P.V. de constatation, les p.v. d'audition éventuels, les autres documents de preuve et un inventaire des pièces.

MÉTHODE

Le SCA se base sur la jurisprudence pour étayer le point de vue et les décisions qui soutiennent le point de vue sont annexées et répertoriées.

S'ensuit un échange de conclusions avec le conseil de l'assuré, un avis de l'Auditeur du travail et à l'issue de la procédure judiciaire, un jugement qui pourra lui aussi faire l'objet d'un appel devant la Cour du travail, d'où découlera un arrêt.

Contre un jugement qui a été signifié, l'INAMI dispose d'un mois pour interjeter appel devant la Cour du travail, voire introduire un recours en cassation contre un arrêt de la Cour du travail.

Les jugements non-contestés et les arrêts constituent ainsi une jurisprudence qui évolue au cours des années et permet de tracer des lignes conductrices.

RÉSULTATS

Le tableau suivant reprend le nombre de décisions de sanctions à charge des assurés qui ont fait l'objet de nouveaux litiges devant les tribunaux du travail au cours de des années 2011, 2012 et 2013.

Tableau 24: Nombre de décisions de sanctions assurés qui ont fait l'objet d'un litige en 2011, 2012 et 2013	
Année	Nombre de litiges
2011	43
2012	24
2013	29

JURISPRUDENCE

La jurisprudence de l'année 2013, comme les années précédentes, n'a pas apporté de modifications profondes en matière de sanctions aux assurés. Quelques points particuliers auront, néanmoins, retenu l'attention.

La reprise d'activité lors d'une période d'incapacité de travail est soumise à l'autorisation du médecin conseil. Rappelons que par le passé, cette autorisation devait être préalable à la reprise d'activité. Désormais⁴, l'autorisation n'est plus nécessairement préalable, seule la demande d'autorisation doit l'être.

4. Depuis le 12 avril 2013, voyez à cet effet la loi du 29 mars 2012, ainsi que l'arrêté royal du 12 mars 2013.

La raison de cette obligation légale a été rappelée par le tribunal du travail de Tournai⁵ : « *la législation et la jurisprudence en la matière sont très clairs, il faut une autorisation préalable du médecin conseil pour effectuer une quelconque activité même pour un service d'ami sans contrepartie financière; La motivation réside dans le fait qu'un contrôle doit pouvoir être effectué afin d'éviter tout abus de la part des assurés sociaux* ».

Cette affaire a également donné au tribunal l'occasion de rappeler un principe fondamental : ne pas respecter les conditions de l'autorisation équivaut à reprendre une activité sans autorisation.

« *Moyennant l'autorisation du médecin conseil, la personne reconnue incapable de travailler au sens de l'article 100 peut[...] exercer une activité tout en conservant le droit aux allocations journalières ;*

Cette autorisation doit être sollicitée et obtenue préalablement a l'exercice de l'activité;

Elle doit mentionner les conditions d'exercice de l'activité lesquelles doivent être strictement respectées;

« **S'écarter de ces conditions revient à exercer une activité sans autorisation.** » (C.T. Liège section Namur, 20 mars 2008, RG 8.063/2006, www.juridat.be);

Il s'en déduit de manière incontestable que :

- *Après avoir été reconnu en incapacité de travail, le demandeur a exercé une activité telle que visée à l'article 100,*
- *La nourriture, la surveillance et l'organisation de chasses sur un territoire de plusieurs centaines d'hectares constitue manifestement une occupation orientée vers la production de biens et de services, permettant directement ou indirectement, de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui,*
- *Monsieur D. a exercé cette activité dès le 27 mars 2001, sans y avoir été préalablement autorisé,*
- *Pour la période postérieure au 18 Janvier 2002, il n'a pas respecté les conditions de l'autorisation donnée par le Docteur X. notamment en travaillant pour un commettant non autorisé (organisation des chasses de M. U. alors que l'autorisation ne visait que les propriétés de Messieurs V. et C.) ou en ne limitant pas ses prestations aux plages horaires définies (soit entre 9h00 et 11h00 et/ou entre 17h00 et 19h00),*
- *Contrairement à ce qu'il soutenait dans sa requête introductive d'instance (où il fait état d'activité bénévole), Monsieur D. a perçu de l'argent pour ses prestations,*
- *Il n'en a aucun moment informé sa mutuelle*

Le recours contre cette décision n'est pas fondé. »⁶

En ce qui concerne la hauteur de la sanction en cas d'infraction, les juridictions ont rappelé que la connaissance de la réglementation applicable constituait une circonstance aggravante : « *une sanction administrative de 21 indemnités journalières fut infligée par l'INAMI à la demanderesse, en application de l'article 168 quinquies §2, 3^o et §3 de la loi du 14 juillet 1994 concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. La demanderesse estime que la sanction n'est pas proportionnée puisqu'elle aurait agi de bonne foi. Le tribunal n'est pas de cet avis.*

Il ne doit en effet pas être perdu de vue que la demanderesse a reçu des indemnités depuis 1993 en raison de son incapacité de travail. En d'autres termes, la demanderesse n'est pas une néophyte qui est ignorante du système et qui, par négligence, a travaillé quelques jours.

5. T.T. Tournai, 22 octobre 2013, RG N°00/285504/A-00/285855/A-00/285987/A-00/286147/A-10/351/A.

6. Ibid.

*Au contraire, la demanderesse est au courant du système depuis 20 ans et sait très bien –ou au moins, devrait-elle savoir- qu'aller **travailler et percevoir des indemnités est inconciliable et que de graves conséquences peuvent en découler**. La décision de l'INAMI a donc été prise à bon droit, conformément à la loi. »⁷*

Dans un dossier dans lequel l'assurée connaissait son obligation de demander l'autorisation du médecin conseil, dès lors qu'elle en avait obtenu une antérieurement pour une autre activité, le tribunal du travail de Courtrai⁸ a estimé que la sanction d'exclusion de 36 indemnités journalières était adéquate.

Comme toute décision administrative, les sanctions infligées par le SCA doivent faire l'objet d'une motivation de droit et de fait. La portée de cette obligation reposant sur l'INAMI a été clairement résumée par la Cour du travail d'Anvers⁹ : « *Dans l'hypothèse où J.M.V. voudrait en appeler à une implémentation défectueuse des obligations prescrites par la loi [sur la motivation formelle des actes administratifs] du 29 juillet 1991, il peut être noté que la décision INAMI visée semble bien contenir les mentions qui y sont prescrites.*

Une application utilisable de cette loi implique en effet que dans l'acte visé soient mentionnées de manière suffisante les considérations juridiques et factuelles qui fondent la décision incriminée.

Une motivation satisfaisante est une motivation qui atteint son but, c.-à-d. une motivation qui permet à l'assuré social de comprendre sur base de quels éléments factuels et juridiques la décision a été prise, de sorte qu'il puisse, en connaissance de cause, décider s'il est indiqué de contester la décision visée.

Il est, ici, selon la Cour, satisfait à cette condition en matière de motivation suffisante. »

Enfin, rappelons qu'en principe lorsqu'un assuré conteste la sanction administrative infligée par l'INAMI, l'Institut est condamné aux dépens, sauf demande téméraire et vexatoire, et ce conformément à l'article 1017, al. 2 du Code judiciaire.

La Cour du travail de Bruxelles a, à cet égard, rendu une décision intéressante : « *l'INAMI demande de condamner l'appelant aux dépens d'appel en raison de la désinvolture de la procédure en appel.*

Cette demande est fondée: appel motivé succinctement, non comparution en appel, aucune conclusion ni pièce déposée en appel. Il se justifie en conséquence d'écarter l'application, en l'espèce, de l'article 1017, al.2, du Code judiciaire. »¹⁰

b. Contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de 2 ans pour cause de force majeure

PRINCIPE

En cas de refus d'accorder la suspension de prescription de 2 ans pour cause de force majeure, un assuré social dispose de 3 mois pour introduire un recours devant le Tribunal du travail tandis que les dispensateurs de soins disposent d'un mois.

MÉTHODE

Dans le contexte des recours introduits, un juriste du SCA prépare la défense de la décision contestée. Le point de vue sert de base aux conclusions de l'avocat de l'INAMI. S'ensuit un échange de conclusions, avis d'auditeur du travail et jugement, voire arrêt en cas d'appel. Pour établir le point de vue, la jurisprudence des tribunaux et des cours du travail est utilisée.

7. T.T. Courtrai, 15 mai 2013, RG n° 12/1063.

8. T.T. Courtrai, 4 septembre 2013, RG n°09/1174/A-11/490/A-12/241/A-12/389/A.

9. C.T. Anvers, 14 octobre 2013, RG n° 2012/AH/268.

10. C.T. Bruxelles, 5 décembre 2013, RG n° 2012/AB/308.

Il faut qu'il ait existé un événement qui, de manière absolue, empêche l'assuré ou le dispensateur de soins de demander le paiement ou le remboursement par la mutualité. Aussi, ne constitue pas un événement de force majeure, la négligence commise par un assuré qui a égaré ses attestations derrière une armoire. Par contre, le fait de ne plus être capable de gérer ses biens peut être considéré comme un cas de force majeure.

Dans le secteur des indemnités, par exemple, l'octroi d'un droit par une décision avec effet rétroactif, c.-à-d. prise par un organisme en dehors du délai de 2 ans sans que le caractère tardif n'incombe à la personne qui en fait la demande est considéré comme un événement de force majeure.

La situation de force majeure doit normalement avoir existé pendant toute la durée du délai de 2 ans. En effet, l'assuré qui a laissé, sans raison, s'écouler une année sans agir ne peut pas se plaindre de l'expiration du délai de prescription. Par contre, le fait de ne plus être capable de gérer ses biens peut être considéré comme un cas de force majeure.

Avec les années, de plus en plus de demandes sont introduites par les O.A. au nom des assurés mais aussi par les centres médicaux et les hôpitaux.

RÉSULTATS

Le tableau suivant contient le nombre de contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription pour cause de force majeure qui ont fait l'objet d'un litige devant les tribunaux du travail en 2011, 2012 et 2013.

Tableau 25: Nombre de contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de deux ans pour cause de force majeure en 2011, 2012 et 2013

Année	Nombre de contentieux
2011	4
2012	1
2013	1

JURISPRUDENCE

En 2013, il n'y a pas de jurisprudence significative à relever.

c. Contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration

PRINCIPE

Si les O.A. ne parviennent pas à récupérer les montants indus des assurés sociaux dans le délai légal prévu, ils doivent inscrire le solde restant à charge de leurs propres frais d'administration. Le point de départ du délai de récupération est défini à l'article 326, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Le délai de récupération de 2 ans débute à la date de la constatation de l'indu par l'O.A..

Toutefois, si c'est le SCA qui informe l'O.A. de ces montants, la date de début du délai de 2 ans correspond à la date de cette notification. Si l'O.A. obtient ensuite un titre exécutoire, la date de début correspond à la date de la décision judiciaire définitive.

En vertu de l'article 326, § 2, le délai de récupération peut être suspendu pour ne pas pénaliser l'O.A. au cours d'une période pendant laquelle ce dernier ne sait pas chez qui récupérer le montant (par exemple après un décès) ou pendant laquelle il ne peut pas procéder à la récupération, par exemple en cas de demande d'exequatur ou lorsqu'il faut attendre la fin d'une procédure de faillite ou d'un règlement collectif de dettes.

Sur la base de cet article, le délai de récupération peut également être suspendu lorsque le débiteur effectue des remboursements en exécution de et conformément à un jugement ou dans le cadre d'une convention établie avec l'O.A..

Les O.A. peuvent cependant demander au fonctionnaire dirigeant du SCA d'être dispensés de l'obligation d'inscrire les montants indus à charge de leurs frais d'administration. L'article 327 de la loi SSI stipule toutefois qu'une telle dispense ne peut pas être octroyée lorsque :

- la récupération résulte d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'O.A.
- l'O.A. n'a pas utilisé toutes les voies de droit en vue de la récupération
- la récupération porte sur un montant inférieur à 300 EUR
- la demande a été introduite tardivement.

RÉSULTATS

En vertu de l'article 167 de la loi SSI, les O.A. ont un mois pour contester devant le Tribunal du travail la décision de refus de dispense prise par le fonctionnaire dirigeant du SCA.

Le tableau suivant comporte le nombre décisions de refus de dispense d'inscription à charge des frais d'administration que les O.A. ont contesté par devant le Tribunal du travail de Bruxelles en 2011, 2012 et 2013.

Tableau 26: Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration en 2011, 2012 et 2013	
Année	Nombre de contentieux
2011	4
2012	2
2013	7

JURISPRUDENCE

Introduction de la demande de dispense

La demande de dispense d'inscription en frais d'administration doit, logiquement, être introduite avant l'expiration du délai de six mois¹¹ prévu à l'article 327, §1, mais après l'expiration du délai de deux ans prévu à l'article 326, §1er, éventuellement suspendu par l'une des causes de suspension visées au §2 de cette même disposition.

La question de l'applicabilité des causes de suspension à une situation donnée revêt dès lors une importance particulière, dès lors qu'elle déterminera si la demande a été introduite dans les délais ou si elle est tardive, voire prématurée.

Dans ce contexte, une cause de suspension a particulièrement retenu l'attention de la jurisprudence en 2013, à savoir celle contenue à l'article 326, §2, h¹² qui concerne le décès de l'assuré. Cette cause de suspension est actuellement libellée comme suit : « § 2. Le délai visé au § 1er est suspendu : (...)h) pour une période de deux ans à partir de la date du décès de l'assuré.

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

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

11. Notez que ce délai a été porté à six mois par l'arrêté royal du 30 septembre 2012. Auparavant, ce délai était de trois mois.

12. Auparavant contenue dans le §3, c.

La problématique est assez simple : un assuré est en période d'incapacité de travail indemnisée par sa mutualité lors de son décès. Néanmoins, l'information concernant ce décès n'est connue que postérieurement à celui-ci. En tout état de cause, la mutualité continue d'indemniser son assuré jusqu'au moment où elle a connaissance du décès. La période indemnisée après le décès constitue naturellement un indu que l'O.A. a l'obligation de récupérer, conformément à l'article 164 de la loi SSI.

La question qui se pose alors est de savoir si la cause de suspension susmentionnée s'applique à la récupération de cet indu.

Selon une jurisprudence, désormais bien établie, il n'en est rien : *« avec l'INAMI, le tribunal observe que puisque ce paiement est intervenu après le décès de Monsieur X, il n'a été fait ni à l'assuré social, décédé, ni à la succession, qui est cédée à la date du décès, de sorte que le paiement postérieur au décès est intervenu soit au profit d'un héritier qui l'a reçu à titre personnel, soit au profit d'un tiers qui l'a perçu sans aucun titre.*

En conséquence, le débiteur de l'indu n'est pas la succession (ni a fortiori l'assuré décédé) mais est soit cet héritier, soit ce tiers indélicat (v. en ce sens, C.Trav. Bruxelles, 29.4.2013, R.G. n° 2011/AB/953 ; C.Trav. Bruxelles, 30.6.2010, R.G. n° 2009/AB/51786).

Cette position a été récemment validée par la Cour du travail de Bruxelles qui a souligné en ce sens « cette suspension qui est d'application lorsqu'un paiement a été fait du vivant de l'assuré social et que la récupération est poursuivie à charge des héritiers, ne s'applique pas lorsque le paiement a été fait après le décès et que l'indu n'est pas une dette de la succession. » (...) »¹³

13. T.T. Bruxelles, 31 octobre 2013, R.G. n° 11/1762/A, inédit ; dans le même sens, C.T. Bruxelles, 10 octobre 2013, R.G. n° 2012/AB/792 ; C.T. Bruxelles, 29 avril 2013, R.G. n° 2011/AB/953 ; C.T. Bruxelles, 24 octobre 2013, R.G. n° 2012/AB/571.

3^e Partie

Infos pratiques



I. Carnet d'adresse

1. Le siège social de l'INAMI

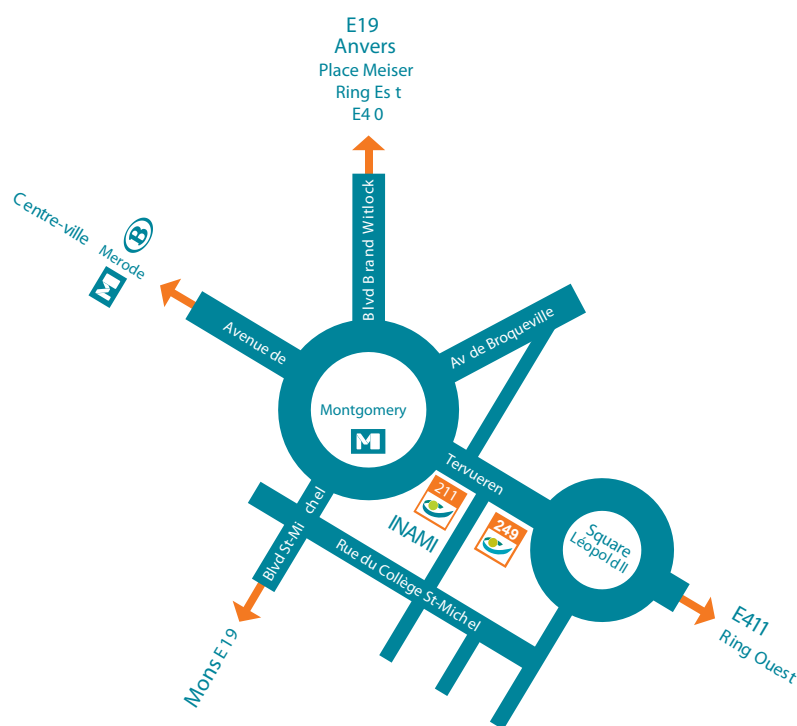
i Le siège social de l'INAMI se situe Avenue de Tervueren 211, à 1150 Bruxelles.

Tél. : 02 739 71 11
Fax : 02 739 72 91

www Site web : www.inami.be

2. Les bureaux du SCA

i Les bureaux du Service du Contrôle Administratif (SCA) se situent Avenue de Tervueren 249, à 1150 Bruxelles.




3. Données de contact

 Vous avez des questions sur notre rapport ? Contactez-nous :





Secrétariat général
Tél. : 02 739 74 38
Fax : 02 739 74 09
Email : secr.dac-sca@inami.fgov.be

Vous souhaitez des exemplaires supplémentaires du rapport ?

 Envoyez-nous un e-mail à l'adresse : secr.dac-sca@inami.fgov.be, en mentionnant le format souhaité ainsi que vos coordonnées. Le rapport est disponible en version électronique ou en version imprimée.

II. Pictogrammes et abréviations

1. Pictogrammes

-  un lien ou une référence internet, une adresse e-mail
-  une information pratique complémentaire
-  une définition
-  une note supplémentaire/complémentaire par rapport à l'article qu'elle accompagne.

2. Abréviations

A.R.	Arrêté Royal
Assurance SSI	Assurance soins de santé et indemnités
BCSS	Banque carrefour de la sécurité sociale
BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée
CIN	Collège intermutualiste national
CPAS	Centre public d'action sociale
C.T.	Court de Travail
DmfA	Déclaration multifonctionnelle / Multifunctionele aangifte
GRAPA	Garantie de revenus aux personnes âgées
IT	Information technology
I.M.	Intervention majorée
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
INASTI	Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants
Loi SSI	Loi soins de santé et indemnités
MAF	Maximum à facturer
NISS	Numéro d'identification de la sécurité sociale
O.A.	Organisme assureur
OCM	Office de contrôle des mutualités
ONEM	Office national de l'emploi
ONSS	Office national de sécurité sociale
ONSSAPL	Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales
P.V.	Procès-verbal
RH	Ressources humaines
SCA	Service du contrôle administratif
SdSS	Service des soins de santé
SECM	Service d'évaluation et de contrôles médicaux
Sigedis	Sociale individuele gegevens - données individuelles sociales
SIRS	Service d'information et de recherche sociale
SIS (carte)	Système d'identification sociale
SNCB	Société Nationale des Chemins de fer Belges
SPF	Service public fédéral
T.T.	Tribunal de Travail
VIPO	Veuf, invalide, pensionné et orphelin
OOSZ – FOSZ	AESS-AFSS

III. Index des tableaux

Tableau 1:	Répartition des membres du personnel par fonction et par localisation administrative (situation au 31 décembre 2013)	10
Tableau 2:	Nombre de cas erronés par thème	16
Tableau 3:	Montants perçus et récupérés en 2013 – Nombre total de cas, nombre de cas exacts, complètement ou partiellement refusés et montants	17
Tableau 4:	Résultats contrôle thématique gestion des cumuls par les O.A.	20
Tableau 5:	Cumuls interdits- année de dépenses 2011 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total	22
Tableau 6:	Cumuls interdits- année de dépenses 2012 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total	22
Tableau 7:	Cumuls interdits : dépenses 2006-2012 – Cas examinés, cas erronés et indu total	23
Tableau 8:	Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale - nombre de constatations O.A./ SCA et indu total par secteur constatés en 2013	24
Tableau 9:	Origines des nouvelles demandes d'enquête en 2013	26
Tableau 10:	Nombre d'enquêtes clôturées en 2013 réparties selon le résultat de l'enquête	26
Tableau 11:	Cumul avec une activité non autorisée - nombre de constatations et montant total des indus en 2013	27
Tableau 12:	Cumul avec une activité non autorisée - Nombre de sanctions administratives et nombre total de jours d'exclusion en 2013	27
Tableau 13:	Enquêtes réalisées en 2013 – Nombre avec ou sans constatation et nombre total	29
Tableau 14:	Nombre de fichiers transmis, de ménages qui atteignent le montant plafonné de 450 EUR et d'erreurs dans la composition du ménage en 2013	33
Tableau 15:	Nombre de ménages OMNIO dans les fichiers de contrôle, en 2013	35
Tableau 16:	Nombre de demandes relatives aux bons de cotisation en 2013, par type/cause	38
Tableau 17:	Nombre de duplicatas demandés et délivrés en 2013	39
Tableau 18:	Nombre de bénéficiaires du MAF pour l'année MAF 2013 au 1 ^{er} janvier 2014 MAF 2013	42
Tableau 19:	Aperçu du nombre de demandes en 2013, ventilées par type de demande	43
Tableau 20:	Sanctions et amendes prévues par la loi SSI	51
Tableau 21:	Nombre total de sanctions aux assurés prononcées en 2013 par secteur	52
Tableau 22:	Nombre de demande et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés en 2013.	54
Tableau 23:	Nombre de décisions de suspension de prescription pour force majeure positives ou négatives et nombre total en 2011, 2012 et 2013	55
Tableau 24:	Nombre de décisions de sanctions assurés qui ont fait l'objet d'un litige en 2011, 2012 en 2013	56
Tableau 25:	Nombre de contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de deux ans pour cause de force majeure en 2011, 2012 et 2013	59
Tableau 26:	Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration en 2011, 2012 et 2013	60

Ce rapport d'activités a été réalisé grâce à la précieuse collaboration de :

Christophe Ciprietti, Isabelle Daumerie, Jean-Luc Geron, Ilse Kerfs, Isabelle Kersten, Nicki Kitsopoulos, Dirk Marcelis, Katrien Persoons, Jean-Pierre Pinet, Bernard Rauw, Frederik Remorie, Karlien Van Hellemont, Margot Van Wouwe, Wout Verstraete, Allister Zuinen

Publicatiedatum: Juillet 2014

Editeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation : Service du contrôle administratif de l'INAMI

Graphique design : Cellule communication de l'INAMI

Photo : Verypics

Dépôt légal : D/2014/0401/25