



Service du contrôle administratif

Rapport d'activités 2015



Sommaire

Avant-propos.....	3
-------------------	---

1^e Partie - Carte d'identité..... 5

I. Missions	6
II. Stratégie	6
1. Information et contrôle.....	6
2. Responsabilisation et régulation.....	7
III. Structure et organisation	8
1. Structure	8
2. Organisation.....	9
3. Personnel	13
IV. Concertation.....	14

2^e Partie - Rétro 2015..... 15

I. Information et contrôle	16
1. Contrôles thématiques au sein des organismes assureurs et des mutualités.....	16
2. Contrôles thématiques dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale des assurés sociaux	23
3. Actions de lutte contre la fraude sociale	26
4. Contrôles à la demande, d'initiative et le suivi des dossiers	35
5. Cellule data-analyse (Sitadis).....	37
6. Point de contact pour une concurrence loyale.....	39
7. Application e-PV	39
8. Contrôle et gestion des données d'accessibilité.....	40
II. Responsabilisation et régulation	52
1. Responsabilisation financière des O.A.	52
2. Décisions relevant de la compétence discrétionnaire du fonctionnaire dirigeant	56
3. Contentieux	62
4. Initiatives législatives et réglementaires	70

3^e Partie - Statistiques..... 71

I.	Données statistiques de la Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale	72
1.	Contrôles thématiques.....	72
2.	Contrôles non thématiques	75
3.	Lutte contre la fraude sociale	77
4.	Contrôles de suivi	78
5.	Récupération	80
II.	Données statistiques des personnes affiliées à une mutualité (effectifs)	81
1.	Évolution selon le régime	82
2.	Évolution par organisme assureur	85

4^e Partie - Infos pratiques..... 89

I.	Carnet d'adresses	90
1.	Siège social de l'INAMI.....	90
2.	Bureaux du SCA	91
3.	Données de contact	91
II.	Numéros d'identification des organismes assureurs	91
III.	Pictogrammes et abréviations.....	92
1.	Pictogrammes	92
2.	Abréviations	93
IV.	Index des tableaux et des graphiques	94
1.	Tableaux.....	94
2.	Graphiques	96

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). Ce rapport présente les actions de notre service et donne un aperçu chiffré de notre activité durant l'année 2015.

Tout d'abord, 2015 voit s'intensifier l'engagement de notre service dans la lutte contre la fraude sociale. Les 66 inspecteurs et contrôleurs sociaux du SCA ont en effet réalisé environ 3.300 enquêtes qui ont permis de constater un montant de 5 millions d'euros de prestations indues en assurance indemnités à la suite de fraude. Il s'agit d'une augmentation de 38 % par rapport à l'année précédente.

Notre Cellule data-analyse, qui porte désormais le nom de Sitadis, poursuit le développement de ses activités de datamatching et de datamining (croisement de flux de données) afin de mieux cibler les enquêtes et d'investiguer de nouveaux domaines de contrôle. Sitadis continue également d'apporter un soutien à la Cellule responsabilisation financière des organismes assureurs (O.A.) sur la partie variable de leurs frais d'administration.

A cet égard, 2015 révèle une collaboration fructueuse entre les services de l'INAMI et l'Office de contrôle des mutualités (OCM) en vue de l'application du nouveau système d'évaluation de la responsabilisation financière des O.A. En effet, évaluer les performances de gestion des O.A. se fera à partir de 2016 au travers des 7 processus fondamentaux du travail d'un O.A. via des domaines et des indicateurs que propose chaque année un groupe de travail réunissant des représentants des services de l'INAMI et de l'OCM. Ce groupe de travail, créé à l'initiative de notre service, a obtenu des résultats positifs en 2015 puisque la liste de domaines et d'indicateurs qu'il a proposé pour l'année prochaine a été avalisée par le Comité général de gestion de l'INAMI.

En 2015, le SCA a également participé à renforcer l'accessibilité des soins de santé pour les ménages à faibles revenus. En effet, suite à la réforme de l'intervention majorée de 2014 qui permet de simplifier le système et son octroi, un échange de données a été mis en place entre notre service, les mutualités et le SPF Finances. Il s'agit du « flux proactif » qui vise à identifier les bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée de manière efficiente.

Ces exemples de réalisations concrètes témoignent de la mobilisation des équipes et de la volonté constante du SCA de développer et de perfectionner ses prestations.

De nouveaux défis attendent encore notre service en 2016 dans différents domaines d'activités.

En attendant, il me reste à remercier chaleureusement nos partenaires au sein de la sécurité sociale et les collaborateurs pour le travail accompli.

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 (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 Professionnels > Autres professionnels > 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.

1. Information et 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



Les 7 organismes assureurs sont :

- ANMC : Alliance nationale des mutualités chrétiennes (O.A. 100)
- UNMN : Union nationale des mutualités neutres (O.A. 200)
- UNMS : Union nationale des mutualités socialistes (O.A. 300)
- UNML : Union nationale des mutualités libérales (O.A. 400)
- UNMLibres : Union nationale des mutualités libres (O.A. 500)
- CAAMI : Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (O.A. 600)
- HR Rail : Caisse des soins de santé de HR Rail (O.A. 900)

- 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, etc.)
- 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.

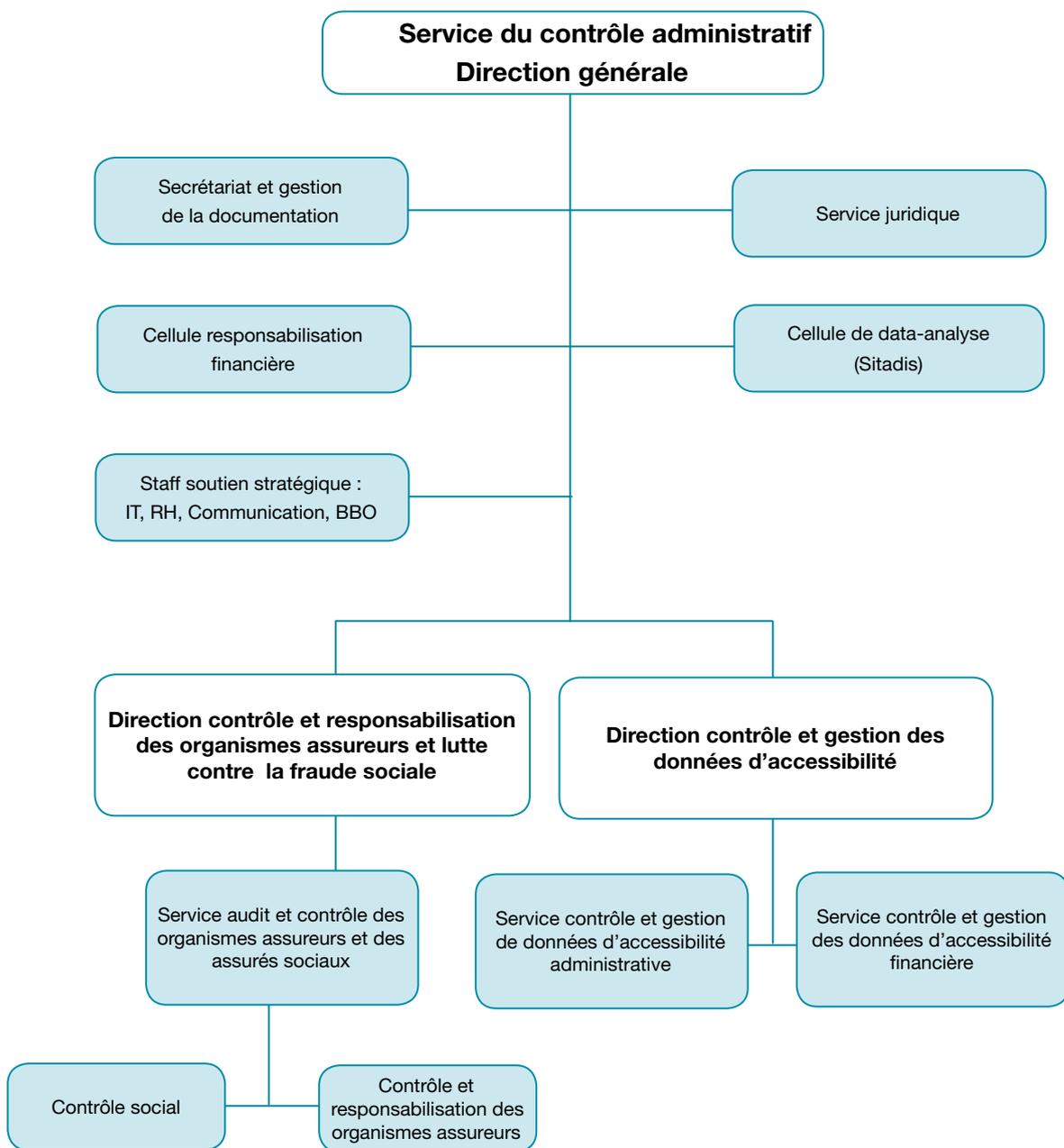
2. Responsabilisation et régulation

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 et organisation

1. Structure



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 du SCA reçoit un soutien :

- de la Section secrétariat et gestion de la documentation
- du Service juridique
- de la Cellule responsabilisation financière
- de la Cellule de data-analyse (Sitadis)
- du Staff soutien stratégique : IT, HR, Communication et organisation (BBO).

SUPPORT SECRETARIAT ET GESTION DE LA DOCUMENTATION

La Section secrétariat et gestion de la documentation est composée 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.

SUPPORT DANS LE CADRE DE LA RESPONSABILISATION FINANCIÈRE

La Cellule responsabilisation financière :

- 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 DE LA CELLULE DE DATA-ANALYSE (SITADIS)

La Cellule de data-analyse (Sitadis) est composée d'un groupe de travail réunissant 8 inspecteurs sociaux de la Direction contrôle et responsabilisation des O.A. et lutte contre la fraude sociale et le coordinateur IT du SCA.

Fin 2015, suite à un audit de la Cellule modernisation de l'INAMI, un représentant de la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité du SCA a rejoint le groupe de travail. Dans le cadre de la méthodologie de projet, il a également été décidé de créer un Comité de pilotage compétent pour la prise de décisions stratégiques.

Sitadis 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 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 et des indemnités.

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).

SUPPORT STRATÉGIQUE

Le Staff de soutien stratégique est composé d'une équipe de coordinateurs. De manière générale, les coordinateurs et les conseillers du SCA :

- soutiennent le service dans la réalisation de ses objectifs stratégiques
- réfléchissent à des orientations générales en matière d'organisation de projets et de développement de notre service
- définissent des processus clairs pour l'ensemble des directions du SCA
- élaborent un plan prévisionnel combiné en matière RH, IT et communication
- fixent des priorités, notamment pour les projets du plan opérationnel.

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.

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.

Le coordinateur communication et organisation (BBO) :

- soutient le fonctionnaire dirigeant dans le développement d'un plan de communication interne et externe
- développe et implémente des projets de communication interne et externe
- assure l'utilisation d'un style de communication uniforme
- accompagne les collaborateurs dans leurs démarches de communication
- collabore aux projets de communication avec le Service communication centralisé de l'INAMI
- analyse les processus d'organisation.

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 audit et contrôle des organismes assureurs et des assurés sociaux. Ce service est chargé du :

◦ **Contrôle des organismes assureurs**

Le contrôle des O.A. est effectué par une équipe de support administratif et d'inspecteurs sociaux qui :

- réalisent des contrôles thématiques au sein des O.A. et des mutualités et veillent à l'application uniforme de la législation
- 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
- rédigent des rapports présentant les résultats des contrôles entrepris et formulent des recommandations en vue de l'amélioration des pratiques et méthodes de travail des O.A.

◦ **Contrôle des assurés sociaux**

Le contrôle des assurés sociaux est effectué par une équipe de support administratif et de contrôleurs sociaux qui réalisent des contrôles sur le terrain pour détecter et constater le cumul d'indemnités avec du travail au noir.

CONTRÔLE ET GESTION DES DONNÉES D'ACCESSIBILITÉ

La Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité :

- développe et supervise les flux de données qui permettent l'accès aux mesures de réduction de la quote-part personnelle dans les frais des soins de santé, en fonction des revenus ou de certaines situations socio-économiques déterminées des assurés sociaux
- développe et supervise les flux de données qui permettent aux assurés sociaux de faire valoir leurs droits
- contrôle, gère et détermine les pièces justificatives spécifiques que les O.A. doivent utiliser pour octroyer les droits
- réalise des études et analyses sur les données d'accessibilité et les informations concernant les assurés sociaux (effectifs)
- réalise des études et des analyses statistiques des mutations individuelles
- organise la concertation avec les différents partenaires concernant l'architecture des flux, l'échange de données, leur structure, format et contenu
- suit les modifications de la réglementation en vue de les intégrer dans l'assurance SSI.

Pour accomplir ses tâches, la direction est composée de 2 services :

- **Contrôle et gestion des données d'accessibilité administrative**

Le Service contrôle et gestion des données d'accessibilité administrative a pour mission de garantir l'accès des assurés sociaux à l'assurance soins de santé et indemnités pour qu'ils puissent bénéficier des interventions et des indemnités de l'assurance.

A cette fin, il établit, développe et contrôle les données et pièces justificatives qui prouvent que les conditions de base telles que la qualité, l'inscription et l'obligation de cotisations sont effectivement remplies.

- **Contrôle et gestion des données d'accessibilité financière**

Le Service contrôle et gestion des données d'accessibilité financière a pour mission de garantir l'accès des assurés sociaux aux mesures de réduction de la quote-part personnelle dans les frais des soins de santé ou d'autres mesures visant à réduire le coût de l'assurance, en fonction des revenus ou de certaines situations socio-économiques déterminées : intervention majorée (I.M.) et maximum à facturer (MAF).

A cette fin, il établit, développe et contrôle les données et pièces justificatives qui prouvent que les conditions de revenus ou les conditions socio-économiques sont effectivement remplies.

3. Personnel

Tableau 1 : Répartition des membres du personnel par fonction et par localisation administrative (situation au 31 décembre 2015)

Membres du personnel par fonction	Nombre total	Administration centrale	Externes (centres régionaux et mutualités)	Détachés
Fonctionnaire dirigeant	1	1		
Conseiller inspecteur social	3	2		1
Conseiller	4	3		1
Attaché inspecteur social	39		38	1
Attaché juriste	3	3		
Attaché	11	11		
Expert technique - contrôleur social	23		23	
Expert technique - inspecteur social	1		1	
Collaborateur administratif	9	9		
Assistant administratif	45	45		
Expert administratif	4	4		
Total	143	78	62	3

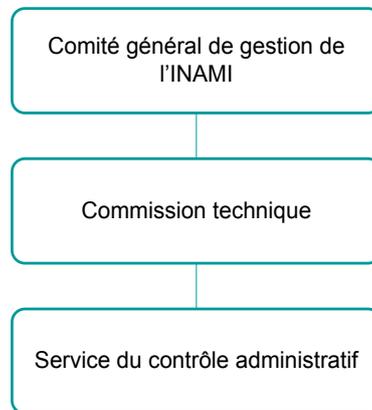
Au 31 décembre 2015, le SCA comptait 43 inspecteurs sociaux (dont 2 conseillers) chargés de contrôler les mutualités et de lutter contre la fraude sociale, et 23 contrôleurs sociaux chargés de mener des opérations plus spécifiques contre le travail au noir.



IV. Concertation

1. 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 > Service du contrôle administratif.

2^e Partie
Rétro 2015



I. Information et contrôle

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

- des contrôles thématiques au sein des O.A. et des mutualités
- des contrôles thématiques relatifs aux assurés sociaux
- des actions de lutte contre la fraude sociale
- des contrôles à la demande, d'initiative et du suivi des dossiers
- des opérations de la Cellule de data-analyse (Sitadis)
- du point de contact pour une concurrence loyale
- de l'application e-PV
- du contrôle et de la gestion des données d'accessibilité.

1. Contrôles thématiques au sein des organismes assureurs et des mutualités



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
- les 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, Office de contrôle des mutualités (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 2015, le SCA a porté son attention sur 3 thématiques de contrôle au sein des O.A. et mutualités :

- gestion de cumuls par les O.A. (article 117bis de la loi SSI)
- montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A. (article 195 de la loi SSI)
- prestations relatives à la surveillance, aux examens et à la permanence pour les bénéficiaires admis à l'hôpital (article 25 de la nomenclature).

a. Gestion de cumuls par les organismes assureurs

PRINCIPE

Le premier contrôle thématique de 2015 avait pour objectif d'évaluer la détection et la régularisation, par les O.A., des cumuls entre des indemnités d'incapacité primaire (première année d'incapacité de travail) et des activités non autorisées mais déclarées à l'Office national de sécurité sociale (ONSS).

En application de l'article 117*bis* de la loi SSI, pour la détermination du droit aux indemnités, les O.A. sont tenus de consulter les données sociales qui sont disponibles dans le réseau de la sécurité sociale.

Les activités professionnelles déclarées à l'ONSS sont communiquées aux O.A. par le flux électronique « Déclaration multifonctionnelle - multifunctionele Aangifte » (DmfA, flux A820) pour les personnes qui sont en incapacité de travail. Il appartient donc aux O.A. d'utiliser ces données DmfA pour détecter les cumuls d'indemnités et d'activités professionnelles. En cas de cumul avéré, les O.A. doivent régulariser l'indemnisation.

Le contrôle thématique a porté sur les indemnisations en incapacité primaire (1^{ère} année d'incapacité de travail) du 4^e trimestre 2013. Il s'agit, concrètement, des personnes indemnisées pour lesquelles l'employeur a déclaré à l'ONSS l'exercice d'une activité professionnelle.

Les contrôles effectués en mai et juin 2015 ont ainsi permis au SCA d'évaluer la détection, la gestion et la régularisation, par les O.A., des cumuls d'indemnités d'incapacité primaire avec une activité professionnelle non autorisée.

METHODE

Les cas présentant plus de 30 jours indemnisés en incapacité primaire (documents de dépenses C21 et C421) durant le 4^e trimestre 2013 ont été retenus. Ce sont ainsi 148.008 personnes qui ont fait l'objet du contrôle.

Pour tous ces cas, le SCA a mis en relation les dépenses en incapacité primaire relatives au 4^e trimestre 2013 et les DmfA qui présentent des périodes d'activité rémunérée au 4^e trimestre 2013.

Les cas pour lesquels le total des jours indemnisés et des jours déclarés à l'ONSS dépasse le nombre de jours du 4^e trimestre 2013 ont été considérés comme des cas de cumul potentiel.

Parmi ces cas de cumul potentiel, la priorité a été accordée aux 941 cas considérés comme importants, c'est-à-dire présentant plus de 2 semaines de cumul potentiel. Les autres cas (cumul potentiel inférieur ou égal à 2 semaines) ont été communiqués aux O.A.

RESULTATS

• Détection des cumuls

Dans 580 cas sur 941, il s'agissait bien d'une reprise d'activité sans autorisation du médecin-conseil. Parmi ces 580 cas, 360 (62 %) ont été régularisés par les O.A. avant de recevoir les DmfA. Il s'agit en général de cas de reprise du travail dont l'assuré a informé sa mutualité avec un certain retard. Il subsistait donc 220 cas (38 %) qui devaient être détectés sur base des DmfA.

Parmi les 220 cas de cumul que les O.A. auraient dû détecter sur base de la DmfA, le cumul a été détecté dans 137 cas seulement (62 %). Dans 83 cas, soit 38 %, le contrôle a révélé que la mutualité n'avait pas constaté le cumul indiqué par la DmfA.

• Gestion des cumuls détectés

Sur les 360 cas régularisés par les mutualités avant de recevoir les DmfA, 9 cas (3 %) n'ont pas reçu la gestion adéquate.

Parmi les 137 cas détectés par les O.A. sur base des DmfA, 123 (90 %) de ces cas ont été gérés correctement par les O.A., mais 14 cas (10 %) n'ont pas reçu la gestion voulue.

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

PRINCIPE

Le SCA effectue chaque année ce contrôle thématique 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 de loi stipulent 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 de remplacement en cas d'accidents de droit commun avec des tierces personnes, d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Chaque année, les O.A. mentionnent ces montants sur des listes. Le SCA contrôle ces montants car ils influencent les frais d'administration des O.A. Le service envoie les résultats de ce contrôle dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A. à l'Office de contrôle des mutualités (OCM).

METHODE

Le SCA contrôle les listes contenant les montants récupérés par les O.A. Les attachés inspecteurs sociaux examinent si ces montants figurent à juste titre sur les listes. Un montant versé indûment et effectivement remboursé ne peut être inscrit sur les listes que s'il satisfait aux conditions suivantes :

- il ne peut s'agir d'un remboursement spontané
- 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 être le résultat d'une constatation du SCA ou de l'OCM non précédée d'une initiative de l'O.A.

Le SCA contrôle, pour chaque O.A. (sauf pour les O.A. 600 et 900), un échantillon de 5 % des montants entre 25 et 5.000 EUR figurant sur les listes, par combinaison de branche et de régime. Les montants supérieurs à 5.000 EUR sont systématiquement contrôlés.

RESULTATS

Le tableau suivant présente les résultats du contrôle effectué en 2015.

Tableau 2 : Montants perçus et récupérés en 2014 – Nombre total de cas, nombre de cas corrects, nombre de cas complètement ou partiellement rejetés et montants correspondants

	Nombre total de cas	Total (en EUR)	Nombre de cas corrects	%	Nombre de cas complètement et partiellement rejetés	%	Montants rejetés (en EUR)	% montants rejetés
Échantillon	4.668	2.340.251,81	4.345	93,08 %	323	6,92 %	149.517,55	6,39 %
> 5.000 EUR	424	3.286.476,51	358	84,43 %	66	15,57 %	393.349,25	11,97 %

En raison de l'augmentation du pourcentage de rejets pour les cas de plus de 5.000 EUR au cours de ces dernières années, le SCA a choisi de continuer à examiner ces cas en profondeur. En 2015 le pourcentage de cas erronés et de montants rejetés pour cette catégorie reste également élevé et supérieur aux cas sélectionnés au hasard.

MODERNISATION DE L'ÉCHANGE DE DONNÉES

Le SCA a décidé de moderniser et d'actualiser l'échange de données existant avec les O.A. afin de l'optimiser et de mettre à jour les instructions en la matière.

Le 25 septembre 2012, la Commission technique du SCA a marqué son accord sur la création d'un groupe de travail O.A.-SCA-INAMI chargé de la modernisation de cet échange de données.

Ce groupe de travail poursuivait un double objectif :

- La création d'un flux électronique entre les O.A. et l'INAMI
La circulaire qui régissait le transfert de données des O.A. vers le SCA (pour l'exercice x au plus tard le 31 mars de l'année x+1) datait déjà du 15 mars 1994 (circulaire OA n° 94/91 - rubrique 65/19). Le transfert de données se faisait sur support physique, compromettant ainsi la sécurité des données. De plus, le format des données étant désuet, les données devaient être traitées. Une transmission électronique sécurisée dans un format ad hoc s'imposait donc.
- L'actualisation des instructions données aux O.A. en vue de mentionner les montants des prestations effectivement récupérées sur les listes.

En effet, les O.A. étaient demandeurs d'instructions univoques pour permettre une application uniforme de ce dispositif réglementaire.

Concernant les modalités techniques de l'échange de données :

- le transfert électronique est opérationnel pour les données à partir de l'exercice 2013 (au plus tard le 31 mars 2014). Les modalités techniques, avec maintien de la description des données et du délai d'envoi actuels, ont été fixées par circulaire OA du 4 mars 2014, n° 2014/117, rubrique 65/23
- les O.A. envoient actuellement les fichiers vers l'INAMI dans un format approprié sans faire usage de supports physiques, conformément aux directives et accords qui existent entre l'INAMI et les O.A. en matière de protocole et de sécurité de l'information et qui s'appliquent au moment de l'envoi. Il s'agit en l'occurrence d'accords tant au niveau du processus qu'au niveau ICT.

Au niveau du contenu :

- la discussion entre le SCA et les O.A. a conduit à l'élaboration d'instructions concernant le contenu de cette matière. Ces instructions ont été inscrites à l'ordre du jour de la Commission technique du SCA du 25 mars 2014 et intégrées dans l'Instruction OA du 17 avril 2014 (n° 2014/1 – 65/5). Elles sont applicables à partir du transfert de données pour l'exercice 2014 (au plus tard le 31 mars 2015)
- les différentes conditions à satisfaire, en vertu des dispositions de l'article 195, § 2, de la loi SSI et de l'arrêté royal du 7 octobre 1993, sont décrites dans ladite instruction O.A. et illustrées à l'aide de quelques exemples. Leur caractère non exhaustif a été souligné puisqu'il est impossible d'énumérer toutes les situations possibles. Cette instruction prête une attention particulière à un certain nombre de situations spécifiques pour lesquelles il s'est avéré utile de développer des instructions.

c. Prestations relatives à la surveillance, aux examens et à la permanence pour les bénéficiaires admis à l'hôpital

PRINCIPE

Le contrôle thématique avait pour objectif de vérifier si les O.A. appliquent correctement les règles administratives relatives aux 6 types d'honoraires énumérés dans l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé. Cet article traite entre autres des prestations relatives à la surveillance, aux examens et à la permanence pour les bénéficiaires admis à l'hôpital.

Le contrôle concernait plus particulièrement les honoraires :

- pour la permanence médicale :
 - au service des urgences
 - au service des soins intensifs.
- pour les examens à l'admission :
 - d'un service psychiatrique
 - en service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle de patients présentant des affections cardiopulmonaires, neurologiques ou locomotrices ou des polyopathologies chroniques pour lesquelles des soins médicaux prolongés sont nécessaires.
- pour les examens à la sortie :
 - d'un service psychiatrique
 - d'un service gériatrique.

METHODE

Par type d'honoraires, différents aspects devaient être contrôlés. Certains de ces aspects ont été rencontrés au niveau de différents types d'honoraires.

Il était important de déterminer plus précisément si :

- les prestations ont été portées en compte dans le service compétent (pour toutes les prestations)
- les prestations n'ont été portées en compte qu'une seule fois (pour toutes les prestations)
- les prestations ont été portées en compte au cours de la première semaine de l'admission (uniquement pour les examens à l'admission)
- les prestations ont été portées en compte au cours de la dernière semaine de l'admission (uniquement pour les examens à la sortie)
- la condition d'âge a été respectée (uniquement pour l'examen à la sortie d'un service gériatrique).

Pour les honoraires de permanence médicale, le respect de 2 règles d'application supplémentaires a été contrôlé :

- l'interdiction de porter une nouvelle fois en compte ces prestations si la période d'hospitalisation doit être considérée comme la prolongation d'une période d'hospitalisation précédente tel est le cas lors de la réadmission dans un service compétent du même hôpital pendant la période de 3 jours civils qui suivent la sortie d'hôpital
- la limitation du remboursement des prestations à 82 % en cas de réadmission dans le même hôpital après une interruption de plus de trois jours civils mais de moins de 11 jours civils. Cette mesure est applicable depuis le 1^{er} janvier 2014.

Les cas à contrôler ont été sélectionnés sur la base de l'édition 21 du fichier "Séjour hospitalier anonyme". Ce fichier contient les données des séjours hospitaliers comptabilisés entre le 1^{er} juillet 2012 et le 30 juin 2014. Les prestations ont été sélectionnées en tenant compte du délai de prescription de 2 ans.

Pour les cas qui, après analyse des données, se sont potentiellement révélés avoir été remboursés indûment :

- un contrôle exhaustif a été effectué quant aux honoraires de permanence médicale à l'hôpital et aux honoraires pour examen à la sortie d'un service psychiatrique
- 33 % des cas ont été contrôlés quant aux honoraires d'examen à l'admission et aux honoraires d'examen à la sortie d'un service gériatrique, avec un minimum de 50 cas (si disponibles).

RESULTATS

Parmi les 2.174 cas contrôlés, 419 étaient incorrects et 33 ont été délibérés. Cela correspond à un taux d'erreur de 19,27 %.

Cas corrects	Cas erronés				En délibéré	Total
	Service non compétent	Facturation multiple	Hors du délai autorisé	Poursuite de l'hospitalisation précédente (< 3j)		
1.722	9	190	174	46	33	2.174

Pour les honoraires de permanence médicale, aucune erreur n'a été constatée en ce qui concerne la limitation du remboursement des prestations à 82 % en cas de réadmission dans le même hôpital après une interruption de plus de 3 jours civils mais de moins de 11 jours civils.

Pour les honoraires d'examen à la sortie d'un service gériatrique, il a été constaté que, dans tous les cas, la condition d'âge avait été respectée.

Les erreurs les plus fréquentes sont :

- le remboursement répété des 6 types d'honoraires contrôlés
- le remboursement d'examens spécifiques à l'admission ou à la sortie alors qu'ils ont été portés en compte en dehors du délai fixé cette erreur a essentiellement été constatée dans le cadre des examens à la sortie, ce qui peut s'expliquer par le fait que le respect du délai fixé est difficilement applicable dans la pratique. Le médecin qui atteste ne peut en effet pas prévoir que le séjour du patient devra être prolongé pour des motifs médicaux après la sortie prévue.

Les 419 cas erronés ont généré des paiements indus pour un montant total de 13.080,82 EUR.

Sur les 2.174 cas contrôlés, 33 (1,52 %) ont dû être tenus en délibéré suite à des problèmes d'interprétation concernant le délai dans lequel les honoraires d'examens à la sortie peuvent être portés en compte.

Il s'agit de cas où, au cours de la même période d'hospitalisation, le séjour dans un service compétent a été interrompu par un séjour dans un autre service compétent ou dans un service non compétent. Dans ces cas-là, l'examen à la sortie n'a donc pas été porté en compte pendant la dernière semaine de l'admission du patient dans le dernier service compétent où il a séjourné pendant l'hospitalisation. Il s'agit d'une problématique propre aux examens à la sortie. Le médecin qui atteste ne peut en effet pas prévoir si le patient retournera dans un service compétent pendant une même période d'hospitalisation.

Pour pouvoir évaluer ces cas, l'avis du Service des soins de santé de l'INAMI a été sollicité. Ces 33 cas sont à nouveau examinés compte tenu de la réponse que le groupe de travail Interprétation du Conseil technique médical a formulée le 4 février 2016.

2. Contrôles thématiques dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale des assurés sociaux

Depuis 2013, le SCA organise des contrôles thématiques dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale des assurés sociaux.

Cette année, les contrôleurs sociaux ont réalisé leur contrôle thématique sur le thème « petits chantiers ». Celui-ci s'est déroulé entre juin et octobre 2015.

Contrôle thématique « Petits chantiers »

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 avertir sa mutualité.

La mission des contrôleurs sociaux est de détecter et constater le cumul illégal du bénéfice d'indemnités d'incapacité de travail avec l'exercice d'une activité non autorisée non déclarée à l'ONSS. Ils sont également chargés de surveiller, entre autres, l'application de la déclaration immédiate de l'emploi, la DIMONA (Art. 162 de la loi SSI).

En 2015, en plus des dossiers d'enquêtes, les contrôleurs sociaux ont réalisé un contrôle thématique, sur le thème des « petits chantiers ».

Ce contrôle thématique visait à réaliser un contrôle coordonné dans le secteur de la rénovation de bâtiments.

Le service a visé les « petits chantiers » de rénovation employant 1 à 3 travailleurs au noir, pour les raisons suivantes :

- au fil des enquêtes menées par les contrôleurs sociaux du SCA, il est apparu que le nombre de titulaires en incapacité de travail exerçant une activité au noir était plus important dans de petites structures économiques plutôt que sur de gros chantiers de construction
- les chantiers importants de la construction font déjà l'objet d'actions régulières et communes avec les autres corps d'inspection dans le cadre des missions dévolues aux cellules d'arrondissement.

L'objectif principal du contrôle thématique était de vérifier :

- le statut des personnes constatées et donc les éventuels cumuls avec des indemnités
- le respect des obligations par les employeurs (notamment la DIMONA).



L'équipe des contrôleurs sociaux a été intégrée au SCA en 2010. C'est pourquoi le SCA a décidé d'étendre le concept du contrôle thématique aux compétences des contrôleurs sociaux en 2013-2014. Ainsi, ce nouveau type de contrôle thématique vise plus spécifiquement le contrôle des assurés sociaux.

MÉTHODE

Chaque contrôleur a réalisé 5 contrôles de chantiers. Ainsi, 105 chantiers ont été contrôlés et 193 personnes auditionnées.

Les contrôleurs sociaux ont vérifié le statut des personnes constatées sur le chantier, notamment si elles bénéficiaient d'indemnités d'incapacité de travail et si elles disposaient d'un contrat de travail, d'une affiliation comme indépendant, d'une autorisation de travail, etc.

Les contrôleurs ont vérifié s'il existait un lien de subordination entre la personne constatée au travail et l'employeur éventuel et le cas échéant si l'employeur avait introduit la DIMONA.

Ce contrôle a permis également de contrôler des personnes qui bénéficient d'autres allocations sociales que des indemnités d'incapacité de travail. Dans ce cas, les contrôleurs ont transmis l'audition de la personne concernée au service compétent. Par exemple, les auditions des personnes bénéficiant d'allocations de chômage ont été transmises à l'ONEm.

Les contrôleurs ont dressé un procès-verbal (P.V.) de constatation d'infraction à charge :

- des personnes bénéficiant d'indemnités d'incapacité de travail pour cumul interdit avec une activité non autorisée
- des employeurs pour absence de déclaration DIMONA sauf si un autre service était compétent pour le travailleur constaté.

RÉSULTATS

- **Statut des personnes constatées**

	Pourcentage	Nombre de cas
Travailleur	38,86 %	75
Indépendant	37,82 %	73
Pensionné	8,29 %	16
Chômeur	7,77 %	15
Autres*	5,18 %	10
En incapacité de travail	2,07 %	4

* étudiant, stagiaire, rentier

Sur les 4 personnes en incapacité de travail, 3 bénéficiaient d'indemnités d'incapacité de travail dans le cadre de notre législation, la loi SSI.

- Personnes en règle/en infraction

Tableau 5 : Personnes en règle/en infraction

	Pourcentage	Nombre de cas
En règle	84,97 %	164
En infraction	15,3 %	29
Total	100%	193

84,97 % des personnes constatées sur un chantier en train de travailler étaient en règle. Elles étaient affiliées comme indépendant ou sous contrat de travail ou propriétaire du bâtiment ou alors ne bénéficiaient pas d'indemnités ou d'allocations sociales.

- Suites données

Tableau 6 : Suites données

	Pourcentage	Nombre de cas
Sans suite	84,97 %	164
Transmis à un autre service	11,92 %	23
Pro Justitia	3,11 %	6
Total	100 %	193

Concernant les 15,3 % de personnes en infraction, pour 6 d'entre elles, un P.V. de constatation d'infraction a été dressé (3 pour cumul d'activité avec des indemnités d'incapacité de travail et 3 pour absence de déclaration DIMONA).

Pour les 23 autres, leur audition a été transmise au service compétent pour vérification et poursuites éventuelles.

- Transmission à un autre service

Tableau 7 : Transmission à un autre service

	Pourcentage	Nombre de cas
ONEM	73,91 %	17
CLS	13,04 %	3
ONSS	4,35 %	1
INASTI	4,35 %	1
Autres	4,35 %	1
Total	100 %	23

Les cas envoyés à l'ONEM concernaient des bénéficiaires d'allocations de chômage (12), leur employeur (2), des situations éventuelles de chômage temporaire (2) et un ancien bénéficiaire d'allocations de chômage ne disposant d'aucun autre revenu.

3 cas ont été envoyés au contrôle des lois sociales du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale pour vérification du lien de subordination et d'une éventuelle infraction DIMONA.

1 cas a été envoyé à l'ONSS pour suspicion d'assujettissement erroné, 1 autre à l'INASTI pour un ancien indépendant sans aucun revenu au moment du contrôle.



En 2015, le SCA a constaté des cas de fraude sociale aux indemnités de maladie pour un montant de 5 millions d'EUR. Il s'agit d'une augmentation de 38 % par rapport à l'année précédente. L'infraction la plus fréquente est le travail au noir par des personnes bénéficiant d'indemnités INAMI (41 %), suivie par le travail non autorisé mais déclaré (31 %) et la fraude au domicile (24 %).

3. 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 :

- le cumul non autorisé 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
- 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
- les séjours irréguliers à l'étranger
- les assujettissements fictifs à la sécurité sociale.

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

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 2014 ont toutefois permis de constater que ces procédures internes aux O.A. étaient susceptibles d'améliorations. En 2015, 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.

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 déclarations DmfA avec, d'une part, les dépenses d'invalidité (documents PI0 et PI41) de l'année 2013 et, d'autre part, les dépenses d'incapacité primaire (documents C21 et C421) du 3^e et du 4^e trimestre 2013.

Les cas de cumul de plus de 2 semaines ont été contrôlés, les autres cas étant transmis aux O.A. pour régularisation.

RÉSULTATS

Les inspecteurs sociaux ont examiné :

- 779 cas d'invalidité relatifs à l'année de dépenses 2013 :
 - 147 cas de cumul avec une activité non autorisée par le médecin-conseil
 - 407 cas de cumul avec une indemnité de rupture de contrat
 - 225 cas où il ne s'agissait pas de fraude sociale.
- 1.820 cas d'incapacité primaire relatifs au 3^e et au 4^e trimestre 2013 :
 - 958 cas de cumul avec une activité non autorisée par le médecin-conseil
 - 862 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 ou ne l'a pas régularisé de manière correcte.

Les résultats sont repris dans les tableaux ci-dessous :

Tableau 8 : Cumuls interdits en invalidité - année de dépenses 2013 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total

	Total cas examinés	Nombre de cas exacts	%	Nombre de cas erronés	%	Indu total (en EUR)
Cumul avec une activité non autorisée	147	123	84 %	24	16 %	192.627,38
Cumuls avec une indemnité de rupture de contrat	407	374	92 %	33	8 %	59.324,90

Tableau 9 : Cumuls interdits en incapacité primaire - dépenses du 3^e et du 4^e trimestre 2013 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total

	Total cas examinés	Nombre de cas exacts	%	Nombre de cas erronés	%	Indu total (en EUR)
Cumul avec une activité non autorisée	958	694	72 %	264	28 %	854.658,84

Au fil des différentes opérations de contrôle en invalidité, on constate une amélioration des procédures de détection et de contrôle interne des O.A., qui se traduit par une diminution des prestations indues ou des pourcentages d'erreurs constatés.

Tableau 10 : Cumuls interdits en invalidité : dépenses 2006-2013 – Cas examinés, cas erronés et indu total				
	Total cas examinés	Nombre de cas erronés	%	Indu total (en 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
2013	147	24	16 %	192.627,38
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
2013	407	33	8 %	59.324,90

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. En 2013, le taux de 16 % d'erreur n'est pas encore satisfaisant
- une diminution du taux d'erreur en matière d'indemnité pour rupture de contrat après une stagnation durant les 4 années précédentes.

Même si les efforts consentis par les mutualités dans l'amélioration de l'efficacité de leurs procédures de contrôle interne ont porté leurs fruits, elles doivent encore améliorer les procédures de détection mises en place et intensifier les détections en période d'incapacité primaire.

b. 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

Outre les contrôles ciblés sur un thème, 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. Dans la négative, 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 des indemnités d'incapacité de travail perçues indûment.

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 2015, le SCA a reçu 1.327 nouvelles demandes, dont 450 « non recevables » (33,91 %). Les nouvelles demandes sont subdivisées en différentes catégories selon l'origine de la demande :

Tableau 11 : Origines des nouvelles demandes d'enquête en 2015		%
Requête de l'autorité judiciaire, essentiellement l'auditorat du travail		18,16 %
Requête d'un service de l'INAMI		0,75 %
Demande des O.A.		0,45 %
Rapports d'un autre service d'inspection sociale		17,48 %
Plaintes et déclarations de citoyens		56,97 %
Propre initiative		1,73 %
Constatations d'autres services dans le cadre d'actions communes de contrôle		4,45 %

Au terme de l'enquête, les contrôleurs sociaux rédigent un rapport d'enquête. En cas de constatation d'infraction, ils dressent un procès-verbal de constat d'infraction (Pro Justitia) ou un avertissement.

Tableau 12 : Nombre d'enquêtes clôturées en 2015 réparties selon le résultat de l'enquête			
Pro Justitia	Avertissement	Sans suite	Total
304	78	405	787

Les 382 enquêtes qui ont abouti à une constatation d'infraction représentent 48,5 % des 787 dossiers clôturés en 2015 :

- 79,6 % ont mené à un P.V.
- 20,4 % 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 du SCA en vue de l'application d'une sanction administrative par le fonctionnaire dirigeant.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de constatations et du montant total des indemnités versées indûment en 2015.

Tableau 13 : Cumul avec une activité non autorisée - nombre de constatations et montant total des indus en 2015				
	Secteur soins de santé		Secteur indemnités	
	Nombre de constatations	Indus (en EUR)	Nombre de constatations	Indus (en EUR)
Total	28	54.447,74	356	2.411.891,87

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 2015.

Tableau 14 : Cumul avec une activité non autorisée - Nombre de sanctions administratives et nombre total de jours d'exclusion en 2015	
Nombre de sanctions administratives	Nombre total de jours d'exclusion
235	12.449

c. 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 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 octroyé 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.

Une Circulaire du Collège des Procureurs généraux a été rédigée dans cette matière. 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 de 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

En 2015, le SCA a identifié 83 cas pour le secteur des soins de santé (régularisation du droit à l'intervention majorée de l'assurance) et 224 cas pour le secteur des indemnités, pour un montant indu de 825.546,55 EUR.

d. Séjours irréguliers à l'étranger

PRINCIPE

En application des articles 136, § 1^{er} de la loi SSI et 294, §1^{er} et 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les indemnités d'incapacité de travail sont accordées lorsque le titulaire se trouve en dehors du territoire national pour autant qu'il bénéficie de l'autorisation du médecin-conseil de la mutualité auprès de laquelle il est affilié ou qu'il soit dispensé de demander cette autorisation en vertu de la loi belge ou des conventions internationales qui lient la Belgique à l'Etat de séjour et qu'il remplisse les autres conditions d'octroi des indemnités d'incapacité de travail.

Dans tous les autres cas, l'assuré ne pourra pas bénéficier de ses indemnités pendant sa période de séjour à l'étranger.

MÉTHODE

Chaque année, le SCA reçoit, par le biais des auditeurs du travail, des rapports de la police des frontières constatant, à leur retour sur le territoire belge, la présence à l'étranger irrégulière de titulaires en incapacité de travail.

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

RÉSULTATS

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de constatations réalisées en 2014 et 2015.

Tableau 15 : Séjours irréguliers à l'étranger - Constatations et total général pour 2014 et 2015		
Année	Cas en indemnités	Indu en indemnités (en EUR)
2014	7	41.880,26
2015	8	56.004,37

En 2015, 8 constatations d'indus ont été effectuées par les inspecteurs sociaux du SCA pour un montant total de 56.004,37 EUR.

e. 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. En 2015, les mutualités ont reçu 484 dossiers.

RÉSULTATS

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de constatations réalisées en 2015 par secteur.

Tableau 16 : Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale - nombre de constatations et indu total par secteur constatés en 2015				
	Secteur soins de santé		Secteur indemnités	
	Nombre de constatations	Indu total (en EUR)	Nombre de constatations	Indu total (en EUR)
Total	105	238.079,93	39	565.619,45

En 2015, les O.A. et le SCA ont donc constaté un indu total de **803.699,381 EUR**.

Dans le secteur des indemnités 19 sanctions administratives ont été prononcées ce qui correspond à un total de 2.948 jours d'exclusion du droit aux indemnités.

Dans le secteur des soins de santé 26 sanctions ont été prononcées, ce qui correspond à une sanction administrative totale de 9.375,00 EUR.

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

f. Assujettissements erronés à la sécurité sociale

PRINCIPE

La qualité de travailleur salarié titulaire constitue une des principales qualités prévue par l'assurance SSI. Contrairement aux assujettissements frauduleux à la sécurité sociale, il s'agit en l'occurrence d'assujettissements erronés de personnes de bonne foi. Il ne s'agit pas dans ce cas de fraude sociale. Les dossiers doivent être traités différemment sur le fond en ce sens que si la personne concernée a agi de bonne foi, elle maintient les prestations de santé jusqu'à la fin du trimestre dans lequel le SCA a communiqué l'assujettissement erroné à la mutualité (application de la circulaire OA 377/2006 du 27 novembre 2006). La mutualité doit toutefois procéder à la récupération des indemnités allouées dans le régime des travailleurs salariés.

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. Si l'O.A. a procédé à une récupération, le dossier est contrôlé par un inspecteur social du SCA.

RÉSULTATS

En 2015, le SCA a envoyé 260 messages d'assujettissements erronés aux O.A. D'après le feed-back des O.A., ils ont procédé en 2015 à la récupération d'indemnités dans 17 cas pour un montant total de 163.325,74 EUR. Les prestations de santé ont été récupérées dans 3 cas.

Les autres cas ont été neutralisés sans conséquence financière pour l'assuré(e) concerné(e).

4. 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.

a. Contrôles à la demande : 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 SSI 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.

Par ailleurs, les inspecteurs sociaux sont également chargés d'enquêtes à la demande d'autres services du SCA.

Ainsi, à la demande du Service juridique du SCA, l'inspection contrôle en mutualité des dossiers d'application de l'article 328 de l'A.R. du 3 juillet 1996 (levée de la prescription biennale pour le paiement de prestations aux assurés) ou encore des dossiers faisant l'objet d'un contentieux.

De plus, le Service contrôle et gestion de données d'accessibilité administrative demande l'examen de cas d'assurabilité ou de mutation.

MÉTHODE

Le SCA réceptionne et examine les demandes d'enquête. La plupart nécessite une enquête en mutualité. Les inspecteurs du service procèdent à l'examen des dossiers et établissent un rapport d'analyse. Ces rapports permettent au 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 envoyée au correspondant.

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente le nombre de contrôles à la demande réalisés en 2015. Les enquêtes sont ventilées selon qu'elles aient abouti ou non à une constatation.

Enquêtes ayant donné lieu à une constatation	Enquêtes n'ayant pas donné lieu à une constatation	Total
1.393	396	1.789

b. Contrôle d'initiative

En plus de toutes les opérations de contrôles thématiques et celles réalisées dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale, le SCA effectue également 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 MAF, contrôle des cotisations personnelles, etc.

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

4.171 contrôles de suivi ont été effectués en 2015.

5. Cellule data-analyse (Sitadis)

MISSION

Le SCA dispose depuis 2013 d'une cellule stratégique data-analyse qui est spécialisée dans le croisement de flux de données. La cellule, qui porte le nom de Sitadis, dépend directement du directeur 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.

OBJECTIFS DE SITADIS

L'objectif principal de Sitadis est d'examiner les différentes possibilités de croisement de flux de données disponibles 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, Sitadis fournit d'abord les données nécessaires aux contrôles thématiques.

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau système de responsabilisation financière des O.A., le groupe de travail est également fort impliqué dans la sélection des thèmes pour la réalisation des contrôles.

Sitadis souhaite en outre étendre et/ou réorienter les activités de contrôle vers les domaines tels que la lutte contre la fraude sociale et le secteur des soins de santé.

• Lutte contre la fraude sociale

Les contrôles réalisés par 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) pour lutter contre la fraude sociale.

L'article 24 du Contrat d'administration 2013-2015 conclu entre le gouvernement et l'INAMI prévoit la poursuite et l'élargissement des actions entreprises dans le cadre du croisement des états de dépenses en assurance maladie-invalidité avec les données sur le temps de travail communiquées par les employeurs à l'Office national de sécurité sociale (ONSS), et ce dans la lignée de la note de politique de l'ancien 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.

Sitadis va poursuivre l'amélioration du processus de réception, de croisement et d'analyse des données, au moyen d'une collaboration plus intensive non seulement avec les autres services de l'INAMI mais également avec les autres services publics actifs dans la lutte contre la fraude sociale (nationaux et, si possible, internationaux), afin de détecter de façon plus ciblée la fraude sociale.

Dans une première phase, la technique déjà existante de datamatching entre les données DmfA et les états de dépenses en invalidité a été étendue aux titulaires en incapacité primaire. De nouvelles pistes seront continuellement examinées dans des domaines présentant un risque relativement élevé d'abus, entre autres dans le domaine de la fraude au domicile.

- **Responsabilisation financière des O.A.**

Les frais d'administration octroyés aux unions nationales et à la Caisse des soins de santé de la Caisse des soins de santé de HR Rail sont constitués d'une partie fixe (90 %) attribuée sur la base des effectifs et d'une partie variable (10 %) octroyée en fonction du degré de performance des O.A.

Un nouvel arrêté royal est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2014 : l'arrêté royal relatif à la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration. Le nouveau système prévoit que la faisabilité des indicateurs doit être soumise à l'approbation du Comité général de gestion de l'INAMI au plus tard le 30 juin de l'année précédant la période d'évaluation.

En ce qui concerne les contrôles thématiques du SCA, le nouveau système implique que les propositions de thèmes pour les contrôles à réaliser au cours de l'année X+1 doivent être présentées au plus tard le 30 juin de l'année X au Comité général de gestion de l'INAMI et que les préparations doivent être initiées en fonction de ce délai.

Sitadis proposera des thèmes potentiels et se chargera de la sélection des cas pour les contrôles exploratoires et pour les contrôles thématiques.

- **Le secteur des soins de santé**

Le SCA axe ses contrôles administratifs aussi bien sur le secteur des indemnités que sur le secteur des soins de santé. Dans le domaine des soins de santé, les thèmes concernent principalement l'accessibilité à l'assurance soins de santé (octroi du droit à l'intervention majorée et au maximum à facturer, etc.).

Sitadis a pour objectif de détecter, en concertation avec les services compétents, de nouveaux thèmes dans ce secteur qui pourraient faire l'objet de contrôles en mutualités, et d'organiser des contrôles exploratoires en la matière.

ACTIVITÉS EXÉCUTÉES ET TRAVAIL PRÉPARATOIRE

En 2015, deux contrôles thématiques ont été effectués dans le secteur des indemnités en fonction d'un croisement des données, à savoir les contrôles thématiques croisement des données en invalidité et en incapacité de travail primaire. Pour les deux contrôles, Sitadis a analysé les données nécessaires et les a converties en une sélection des cas à contrôler au sein des mutualités.

En 2015, des contrôles de suivi ont également été réalisés suite à des avertissements donnés dans le cadre des contrôles thématiques chômage (2011) et repos de maternité (2012). Ici, Sitadis était également responsable de la sélection des cas à examiner.

Le groupe de travail s'est surtout concentré sur la préparation des futurs contrôles thématiques.

Ainsi, pour les contrôles planifiés en 2016 croisement des données entre les données DmfA et les états de dépenses en invalidité et incapacité de travail primaire, Sitadis a demandé, croisé et converti toutes les données disponibles en une liste de cas à examiner.

Dans le cadre de la responsabilisation financière, Sitadis a fourni des thèmes pour les contrôles thématiques de 2017 et 2018 et pour le contrôle thématique indemnités de 2017, le groupe de travail a aussi déjà sélectionné les cas pour le contrôle exploratoire.

Pour finir, Sitadis a effectué un travail préparatoire en 2015 pour un échange de données avec les Pays-Bas, afin de détecter la fraude des indemnités transfrontalière.

6. Point de contact pour une concurrence loyale

Le point de contact pour une concurrence loyale a été créé à l'initiative du Secrétaire d'Etat chargé de la lutte contre la fraude sociale.

Il est opérationnel depuis le 1^{er} octobre 2015 et est géré par l'organe de coordination des services d'inspection : le SIRS (Service d'information et de recherche sociale).

Il s'agit d'un site internet (www.meldpuntsocialefraude.belgie.be) qui permet aux citoyens, aux entreprises ou aux organisations de signaler des cas présumés de fraude sociale commise par d'autres citoyens ou entreprises.

Il peut s'agir de concurrence déloyale, de dumping social dans le chef d'entreprises, de problèmes de rémunération, de durée de travail, de vacances annuelles dans le chef des employeurs, de cumuls interdits de prestations, de travail au noir ou de fraude portant sur le domicile.

La spécificité de ce point de contact est de centraliser l'ensemble des signalements adressés aux différents services d'inspection et d'accentuer la coordination dans le traitement et le suivi de ceux-ci.

Celui qui introduit un signalement ne peut pas le faire de manière anonyme. Le signaleur doit mentionner son identité (nom, numéro de registre national). Les entreprises, quant à elles, doivent indiquer leur numéro d'entreprise.

Ces signalements sont triés et envoyés aux différents services d'inspection compétents en fonction de leur contenu.

Si les signalements concernent des fraudes dans le chef de titulaires indemnisables en incapacité de travail, le SIRS transmet alors les signalements à l'INAMI et plus spécifiquement au Service du contrôle administratif (SCA).

Le SCA examine ces signalements, procède à des enquêtes et assure un suivi spécifique des résultats de sorte que ceux-ci puissent être ultérieurement communiqués au SIRS.

Depuis la création du site, l'INAMI a reçu 74 déclarations de fraude portant sur le domicile et 105 déclarations d'activités non autorisées et non déclarées via ce point de contact uniquement pour les mois d'octobre, novembre et décembre 2015.

7. Application e-PV

PRINCIPE

L'application e-PV est une application web gérée par le SPF Emploi, travail et concertation sociale (SPF ETCS), dont le support technique est assuré par la SMALS.



SMALS est une asbl privée qui développe des services informatiques collectifs pour les institutions publiques de la sécurité sociale et des soins de santé.

Cette application permet aux inspecteurs sociaux de rédiger un P.V. selon un modèle structuré et uniforme.

Son but est d'améliorer la lutte contre la fraude sociale en :

- créant un modèle uniforme de procès-verbal sécurisé et électronique (l'e-PV)
- créant une banque de données centrale contenant l'ensemble des données issues des e-PV
- transmettant ces procès-verbaux par voie électronique
- permettant à tous les organismes compétents (dans un premier temps, les services d'inspection sociale) d'utiliser les données issues de la banque de données dans leur lutte contre la fraude sociale.

La sécurité juridique des personnes concernées est également renforcée :

- par une meilleure lisibilité des procès-verbaux
- par le caractère plus exhaustif des procès-verbaux
- par de meilleures garanties en matière de production de preuves.

MÉTHODE

Après les services d'inspection de l'ONSS, de l'ONEM, du SPF ETCS (Emploi, Travail et Concertation sociale) et l'Inspection sociale, le SCA s'est également associé audit projet, répondant ainsi au prescrit de l'article 33 du Contrat d'administration 2013-2015.

Après un exposé théorique, au cours duquel les inspecteurs sociaux du SCA ont été informés sur l'historique et la raison d'être de l'application, une formation pratique a été donnée permettant de se familiariser avec l'application e-P.V.

En outre, une solution a été développée afin que les inspecteurs sociaux puissent utiliser l'application e-PV à tout moment et partout sans dépendre d'une connexion internet externe.

RÉSULTATS

Depuis le 6 juillet 2015, les inspecteurs sociaux doivent utiliser l'application e-PV pour formaliser les constats d'infraction et verbaliser les contrevenants.

8. Contrôle et gestion des données d'accessibilité

La Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité a pour mission de garantir l'accès des assurés sociaux à l'assurance soins de santé et indemnités (« accessibilité administrative ») et aux mesures visant à réduire le coût de l'assurance (« accessibilité financière »), par la gestion et le contrôle des données sur base desquelles l'accessibilité est accordée à l'assuré.

Par **accès administratif** à l'assurance, on entend les conditions de base auxquelles un assuré social doit répondre (« données d'assurabilité ») pour pouvoir bénéficier des interventions et des indemnités de l'assurance. Un certain nombre de données et de pièces justificatives doivent prouver que ces conditions de base (capacité, inscriptions et mutation, obligation de cotisations) sont effectivement remplies. Le Département Gestion des données relatives à l'accessibilité administrative du SCA est chargé de l'établissement, du développement et du contrôle de ces données.

Par l'**accès financier** à l'assurance, on entend l'ensemble des mesures qui visent à réduire le coût de l'assurance pour l'assuré social, tels que la réduction de la quote-part personnelle (intervention majorée de l'assurance), le plafonnement de l'intervention personnelle (le maximum à facturer), la limitation des cotisations personnelles, des interventions supplémentaires (mesure statut malades chroniques). Des conditions de revenus et des conditions socio – économiques sont prévues pour accéder à ces mesures. Certains flux de données et certaines pièces justificatives doivent prouver que ces conditions sont effectivement remplies. Le Département « accessibilité financière » du SCA est chargé de l'établissement, du développement et du contrôle de ces données.

Cette mission a été incluse dans l'article 162*bis* de la loi SSI.

La Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité remplit cette mission par :

- le développement et la supervision des flux de données devant permettre aux assurés sociaux de faire valoir leurs droits ou d'accéder aux mesures visant à réduire le coût de l'assurance

A cet égard, la Direction analyse la nécessité de reprendre les nouveautés réglementaires dans le flux pour permettre aux O.A. de générer des droits aux soins de santé et aux indemnités.

- la Direction détermine également les pièces justificatives que les O.A., outre ces flux électroniques, doivent utiliser pour octroyer des droits.

Dans certaines situations exceptionnelles, la Direction détermine les éléments de preuve que les O.A. peuvent accepter pour permettre aux assurés sociaux d'obtenir l'accès à l'assurance obligatoire et peut également prendre des décisions sur des cas individuels.

- des contrôles systématiques sur les mesures d'accessibilité financière à l'assurance SSI pour ce qui concerne :
 - le maximum à facturer (MAF)
 - l'intervention majorée (I.M.).
- la réalisation d'études et d'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
 - des chiffres concernant l'intervention majorée
 - des statistiques relatives aux mutations.

a. Contrôle systématique du maximum à facturer (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 : plus le revenu est important, 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 2012 ont été clôturés au 31 décembre 2014.

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 18 : Nombre de fichiers transmis, de ménages qui atteignent le montant plafonné de 450 EUR et d'erreurs dans la composition du ménage en 2015

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
2013	143	12.729	264	2,07 %
2014	164	465.628	2.209	0,47 %
2015	117	979.502	1.709	0,17 %
Total	424	1.457.859	4.182	0,29 %

b. Contrôle systématique de l'intervention majorée (I.M.)

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 2 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 personnes à bas revenus peuvent obtenir le droit à l'intervention majorée (I.M.) après une enquête sur les revenus effectuée par la mutualité.

Les assurés qui veulent ouvrir un droit sur la base d'une enquête sur les revenus par leur mutualité doivent pouvoir démontrer que leurs revenus sont bas. Pour ce faire, ils remplissent une déclaration sur l'honneur (DSH) dans laquelle tous les membres du ménage indiquent leur revenu brut imposable. Le ménage se compose du demandeur, du partenaire/conjoint cohabitant et des personnes à leur charge. Les revenus qui doivent être déclarés sont notamment les revenus professionnels, les pensions, les allocations, les revenus mobiliers et immobiliers... pour l'année civile qui précède l'année au cours de laquelle la déclaration sur l'honneur est introduite.

Si ces conditions sont remplies, le droit à l'intervention majorée de l'assurance peut être accordé après une enquête sur les revenus sans respecter la période de référence d'un an (art. 18).

Le cas échéant, ce sont les revenus bruts imposables du ménage concerné du mois au cours duquel la demande est introduite qui sont pris en considération (art. 28).

Ce principe vaut plus particulièrement pour les ménages dont un des membres se trouve dans une des situations suivantes (art. 18) :

- pensionné
- invalide percevant des indemnités d'invalidité
- agent des services publics mis en disponibilité depuis un an
- militaire placé en retrait temporaire d'emploi (lorsque cette période de retrait atteint au moins un an)
- incapacité de travail ou chômage contrôlé, à condition que la somme des périodes ininterrompues d'incapacité de travail et de chômage atteigne la durée d'un an
- personne remplissant les conditions pour être inscrite en qualité de titulaire moins valide
- veuf ou veuve
- titulaire au sein d'une famille monoparentale.

Ces situations sont qualifiées « d'indicateur ».

Ces ménages déclarent les revenus du mois de la DSH parce que les indicateurs laissent supposer que les revenus sont stables. Si les revenus sont bas au cours du mois de la DSH, ils le resteront très probablement pendant longtemps. Il s'agit généralement de situations dans lesquelles une personne subit une baisse brutale de revenus (départ à la pension par exemple) ou perçoit des allocations depuis déjà un an minimum.

MÉTHODE

Les O.A. envoient annuellement au SCA un fichier contenant toutes les personnes qui, au 1^{er} janvier de l'année concernée, bénéficient de l'I.M. Tous les titulaires sont alors intégrés dans le répertoire de la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS). Le fichier contenant tous les bénéficiaires de l'I.M. est appelé le fichier global.

Chaque année, le SCA procède à un contrôle pour les bénéficiaires dont le droit a été ouvert sur la base d'une enquête sur les revenus effectuée par leur O.A. L'identité de ces ménages est transmise à notre service dans un fichier séparé. Ce processus s'appelle « contrôle systématique de l'I.M. ». Ce contrôle est effectué sur la base du revenu du ménage de ces bénéficiaires de 2 ans auparavant. Pour le contrôle, le SCA demande les données relatives au revenu au SPF Finances. Le SCA les envoie à l'O.A. qui examine le droit en fonction de ces données. L'O.A. calcule les revenus du ménage à partir des données figurant dans le fichier de réponse.

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 au SCA un feed-back sur les enquêtes sur les revenus. Dans ces fichiers de feed-back, il est précisé pour les ménages faisant l'objet d'un contrôle systématique si leur droit à l'I.M. a été prolongé d'un an ou pas et pourquoi ce droit a été prolongé ou retiré.

RÉSULTATS

On peut déduire du fichier global susmentionné que **1.838.483** personnes bénéficiaient de l'intervention majorée au 1^{er} janvier 2015.

Parmi ces bénéficiaires, **794.974** ont fait l'objet, en 2015, d'un contrôle systématique pour obtenir la prolongation du droit.

EVOLUTION

La réforme de l'intervention majorée de l'assurance soins de santé du 1^{er} janvier 2014 prévoit non seulement une simplification administrative, mais aussi un octroi plus équitable du droit à l'I.M. pour les ménages à faibles revenus.

Ainsi en 2015, un échange de données a été mis en place entre l'INAMI, les mutualités et le SPF Finances pour identifier les bénéficiaires potentiels de manière efficiente. Il s'agit du « flux proactif ».

Ce « flux proactif » a pour but d'augmenter l'accessibilité des soins de santé : les mutualités partent elles-mêmes activement à la recherche des assurés sociaux qui peuvent prétendre à l'I.M. mais qui l'ignorent.

Pour ce faire, les O.A. enquêtent sur base des revenus des ménages en collaboration avec le SCA et le SPF Finances. Ensuite, les O.A. contactent tous les ménages qui ont potentiellement droit à l'I.M. (ceux dont les revenus sont inférieurs au plafond de l'I.M. identifiés grâce au flux proactif) pour les inviter à introduire une demande.

c. Gestion et actualisation des flux de données qui prouvent une qualité ou une valeur de cotisation

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 ET RESULTATS

• **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., d'autres autorités publiques et la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS). Ces flux de données doivent être adaptés en permanence en fonction des modifications de la réglementation ou des situations nouvelles sur le terrain. La Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité participe aux discussions relatives à ces modifications et est responsable de la validation finale.

En outre, la Direction a établi les instructions et les circulaires afin de préciser davantage les renseignements ou les preuves que les O.A. doivent accepter.



Par exemple :

- les procédures de preuve pour l'enregistrement de la situation des revenus dans le Registre national: 2015/53 du 19-02-2015
- la preuve du statut de bénéficiaire dans le régime général: 2014/432 du 11/05/2014
- conjoint personne à charge - certificat de cohabitation - certificat de mariage: 2016/20 du 19-01-2016
- dérogation de l'utilisation de la déclaration de l'employeur qui est utilisée comme une preuve de la qualité de travailleur pour les travailleurs saisonniers: 2015/189 du 30-06-2015.

- **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 contrôle et gestion des données d'accessibilité, 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 2015, la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité a examiné 17 modifications dans le flux de cotisation des travailleurs salariés.

d. Début des négociations pour remplacer le certificat papier de l'employeur au début de l'activité par un certificat électronique

Dans l'assurance soins de santé et indemnités, démontrer une qualité est une des conditions essentielles pour avoir droit aux soins de santé et aux indemnités.

Afin de démontrer une qualité, les O.A. doivent être en possession de documents de preuve attestant de cette qualité.

La plupart du temps, et quand c'est faisable, la preuve attestant de cette qualité est démontrée par un échange électronique de données, développé par le service.

Dans le courant de 2015, des discussions ont été entamées afin de remplacer les déclarations en papier par un message électronique.

e. Élaboration des preuves d'assurabilité provisoires

- **Attestations d'assurabilité provisoires**

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 4.053 demandes dans le courant de 2015. Le tableau ci-dessous présente une ventilation par type de demande.

Type de demande	Nombre de demandes
Demandes de duplicatas	3.846
Problèmes de qualité	72
Bon incomplet	23
Absence de bon	1.033
Problèmes d'identification	79

• Duplicata et interventions individuelles concernant les attestations de pension

PRINCIPE

L'attestation de pension atteste la qualité de titulaire pensionné au sens de l'assurance SSI, qualité qui constitue en soi la condition pour l'octroi du droit aux interventions de l'assurance obligatoire soins de santé. Cette attestation doit en principe être délivrée par l'instance chargée du paiement de la pension.

En cas de perte ou de problèmes lors de l'échange électronique de ces attestations, l'O.A. ou l'assuré social peut demander au service un duplicata de l'attestation de pension.

- Établissement des duplicatas. Avant de délivrer un duplicata, il y a lieu de demander des informations supplémentaires auprès d'autres instances de la sécurité sociale, à savoir l'ONP, l'INASTI, etc.
- Envoi des attestations de pension sur papier pour les pensionnés/veufs/veuves du secteur public.

L'ouverture du droit pour la catégorie susmentionnée de titulaires se fait sur la base des données reçues par les O.A. via le flux électronique A101. Si l'échange électronique de données échoue, une attestation papier est transmise. Pour les pensionnés/veufs/veuves du secteur public, les attestations papier sont établies par la SMALS qui les transmet à notre Direction. Notre Direction (section attestations de pension) renvoie ces attestations au Service des Pensions du Secteur public (si le paiement de la pension est effectué par le Service Paiements Traitements du Secteur public) ou (dans les autres cas) au pouvoir public où était employé le pensionné en lui demandant de transmettre les attestations aux assurés sociaux (pensionnés) qui les introduisent à leur tour auprès de leur mutualité.

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 20 : Nombre de duplicatas demandés et délivrés en 2015

Nombre de demandes	1.166
Nombre de duplicatas délivrés	446

EVOLUTION

Depuis 2003, les attestations de pension sont envoyées aux O.A. par voie électronique (flux A101). On peut distinguer trois types d'attestations de pension électroniques, à savoir les attestations de l'ONP (travailleurs salariés), les attestations de l'INASTI (travailleurs indépendants) et les attestations émanant des organismes débiteurs de pensions du secteur public.

En 2013, les organismes de pension ont émis le souhait, dans le cadre d'une meilleure intégration des processus et d'une automatisation accrue, de chercher, en concertation avec l'INAMI, des solutions afin de limiter au maximum le nombre d'interventions interprétatives lors de la production des attestations de pension.

Sur la base des contacts pris suite à la demande des organismes de pension, l'INAMI a choisi d'essayer en première instance de simplifier au maximum le flux de données actuel.

Le service s'est engagé à réexaminer de façon critique ce flux, qui existe depuis longtemps et qui devait de toute façon être actualisé, à la lumière des principes de finalité et de proportionnalité qui sont les fondements de toute transmission de données depuis l'entrée en vigueur de la législation sur la protection de la vie privée.

Pour ce faire, une concertation a été organisée entre 2013 et 2014 avec tous les organismes de pension, les O.A. et le Service des soins de santé de l'INAMI pour les aspects strictement réglementaires.

Au terme de cette concertation une liste simplifiée de codes a été entérinée par l'ensemble des partenaires.

Une implémentation technique au niveau de la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS) est en cours de discussions actuellement à laquelle prend part la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité du SCA.

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

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

Dans un souci de modernisation des échanges de données concernant les mutations individuelles, le service a établi un nouveau projet de transfert électronique des données relatives aux demandes, approbations et refus de mutations. Ce projet est passé en phase de production dans le courant de 2014 et remplace désormais, entièrement, l'envoi de formulaires de mutation sur papier à la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité.

Au cours de l'année 2015, le service et les O.A. ont travaillé de concert à la réduction des anomalies constatées et à l'amélioration de la qualité des fichiers envoyés chaque trimestre.

RÉSULTATS

Chaque année, les statistiques sont fournies dans un rapport qui reprend les données suivantes :

- demandes de mutation
- retraits de demandes de mutation
- décisions relatives aux demandes de mutation.

Les rapports sont discutés avec les O.A. et servent de base pour la détection d'anomalies que la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité dissout en concertation avec les O.A.

EVOLUTION

Au cours de l'année 2015, les O.A. ont collaboré à l'actualisation et à la modernisation des formulaires et documents relatifs aux échanges de données entre O.A. (remplacement du formulaire 550).

Le service continuera à gérer l'évolution réglementaire en la matière.

g. 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 un O.A. au 30 juin et au 31 décembre de l'année concernée.

RÉSULTATS

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

La Direction répond en outre à des questions spécifiques sur ces effectifs. En 2015, 28 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., parfois même par commune, province ou arrondissement. Des questions sur le nombre de membres ou de bénéficiaires par O.A. sont posées.

• 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 2015 au 1^{er} janvier 2016. Les nombres sont ventilés par catégorie MAF.

Bénéficiaires du MAF	MAF 2015
MAF social	171.977
MAF revenus (450 EUR)	61.425
MAF revenus (650 EUR)	161.194
MAF revenus (1.000 EUR)	74.167
MAF revenus (1.400 EUR)	20.638
MAF revenus (1.800 EUR)	29.337
Allocations familiales majorées	68
Enfant âgés de moins de 19 ans	5.219
Total	524.025



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

h. 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 cotisations 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 cotisations 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 22 : Aperçu du nombre de demandes en 2015, ventilées par type de demande	
Inscription rétroactive – article 252, alinéa 6 de l’A.R. du 03-07-1996	45
Immunisation des périodes de séjour à l’étranger	140
Dispense de la période de stage pour le droit aux soins de santé	2
Enfants inscrits comme personne à charge sur base de l’article 123, 3, f) de l’A.R. du 03-07-1996	1

i. Valeur minimale des documents de cotisations pour les secteurs des soins de santé et des indemnités

Les O.A. demandent une cotisation complémentaire à leurs membres si les contributions pour le secteur des soins de santé et indemnités n’atteignent pas une valeur minimale déterminée.

En exécution de l’article 286 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996, la Direction contrôle et gestion des données d’accessibilité adapte annuellement ces données. En 2015, elle a élaboré une circulaire fixant la valeur minimale des bons de cotisations pour 2015, à savoir : circulaire OA n° 2015/8 du 14 janvier 2015.

II. Responsabilisation et 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 base notamment 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.

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. 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:

Critère 1

- 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.

Critère 2

- 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.

Critère 3

- 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.

Critère 4

- 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.

Critère 5

- 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.

Critère 9

- 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.

Critère 1

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.

Critère 2

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.

Critère 3

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 de la loi SSI.

Critère 5

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 aux 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 2015, le SCA a fourni les données suivantes :

- le rapport relatif au contrôle thématique sur la gestion des cumuls des O.A.
- le rapport relatif au contrôle thématique sur l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé
- le rapport relatif aux opérations de datamatching entre l'incapacité primaire et les données DmfA
- les fichiers concernant le MAF et les effectifs
- les fichiers concernant la transmission des données relatives à l'intervention majorée et la transmission des données article 195 de la loi SSI
- le rapport du contrôle thématique relatif aux cas de récupération de montants entraînant une augmentation des frais d'administration alloués aux O.A.
- les cas et montants pour lesquels il a été renoncé à la récupération alors que le SCA a constaté une faute, une erreur ou une négligence.

Concernant 2015, 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.

EVOLUTION

Si les critères susmentionnés permettent déjà une évaluation significative de la performance de gestion des O.A., ils ne donnent qu'une image partielle du fonctionnement de ceux-ci.

De plus, certains de ces critères sont imprécis ou laissent une marge d'interprétation.

Enfin, le système actuel offre peu de flexibilité.

La réforme de ce système est donc apparue comme une nécessité et a été insérée comme objectif dans les contrats d'administration de l'INAMI de 2010-2012 et de 2013-2015.

L'arrêté royal du 10 avril 2014 qui instaure un nouveau système d'évaluation des performances de gestion des O.A. a été publié au Moniteur belge le 13 juin 2014.

Celui-ci requiert d'évaluer les performances des O.A. sous l'angle de sept processus qui sont :

- la fourniture d'informations aux assurés sociaux sous la forme d'informations individualisées fournies dans des cas concrets, sous la forme d'informations collectives utiles aux assurés sociaux en vue de la garantie et du maintien de leurs droits, ou encore à la suite d'un enregistrement et d'une gestion des plaintes des affiliés par les O.A.
- l'attribution correcte, uniforme des droits dans les délais fixés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
- l'exécution correcte, uniforme et dans les délais fixés des paiements des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
- la détection et la récupération des prestations et des montants à récupérer sur base des articles 136, §2 et 164 de la loi SSI



Le système actuel a été une dernière fois mis en œuvre en 2015.

- l'organisation de mécanismes de contrôle et d'audit internes nécessaires à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
- la collaboration avec l'INAMI notamment en vue de l'exécution du contrat d'administration et la participation à des études effectuées en vue de déterminer une politique décidée par ou demandée par le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions
- la gestion comptable des organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.



Les processus 5^e et 7^e seront exclusivement du ressort de l'OCM.

Les domaines sur lesquels les processus seront évalués ne sont pas fixés par le nouvel arrêté royal. Cette flexibilité donne l'opportunité aux différents services de l'INAMI de proposer chaque année, au Comité général de gestion de l'INAMI, des domaines et des indicateurs pour évaluer les processus fondamentaux.



Un **domaine** est une partie de processus dont relèvent un ou plusieurs indicateurs.



Un **indicateur** est une donnée mesurable qui a une fonction signalante sur la mesure de la qualité du travail de l'O.A.

Par ailleurs, les indicateurs seront évalués sur des échelles élaborées par l'OCM.

C'est pourquoi, l'implication des différents services de l'INAMI et la collaboration avec l'OCM sont essentielles.



Résultats positifs en 2015 pour cette collaboration au sein du groupe de travail (INAMI-OCM), qui a proposé une liste de domaines et d'indicateurs pertinents dans les délais prévus par l'arrêté royal.

Ainsi, différents dispositifs ont été mis en place :

- une Cellule responsabilisation financière a été créée au sein du SCA afin de monitorer le nouveau processus d'évaluation depuis les propositions jusqu'au suivi des remarques éventuelles, en passant par la récolte des données et le calcul des indicateurs
- un groupe de travail réunissant des représentants des différents services de l'INAMI et de l'OCM a vu le jour afin de déterminer les domaines et les indicateurs qui serviraient de base à l'évaluation des processus fondamentaux décrits dans l'arrêté royal.
- une coordination avec l'OCM et une information mutuelle ont été mises en place afin d'avoir une vue globale du système d'évaluation et d'éviter des écueils éventuels.

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 notamment 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 »

- 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 demandes d'inscription à un O.A. avec effet rétroactif
- etc.

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 de 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 23 : 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 ^o	Indemnités	Exclusion de 3 à 400 jours d'indemnités
	Jours de travail non autorisés	Jours d'exclusion
Art. 168quinquies, § 3		
1 ^o	De 1 à 30 jours	De 3 à 49 jours
2 ^o	De 31 à 100 jours	De 50 à 120 jours
3 ^o	101 jours et plus	De 150 à 400 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 un 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).

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente le nombre total de sanctions aux assurés prononcées en 2014 dans le secteur des soins de santé et dans le secteur des indemnités et mixtes.

Tableau 24 : Nombre total de sanctions aux assurés prononcées en 2015		
Nombre de sanctions en soins de santé	Nombre de sanctions en indemnités	Nombre de sanctions mixtes (soins de santé et indemnités)
36	399	11

• 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 différentes sanctions prévues sont au nombre de 9 et dans 2 cas, de problème d'organisation ou dans la gestion de dossiers, l'amende administrative prescrite s'élève à 1.250 EUR tandis qu'un avertissement et un délai de régularisation sont prévus.

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

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, §1^{er} 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, dans le mois de leur prononcé, devant le Tribunal du travail de Bruxelles.

RÉSULTATS

En 2015, 835 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 s'élève à 25 EUR par mois de retard, le montant de l'amende ne pouvant pas excéder 250 EUR par document. Rappelons que la sanction globale ne peut dépasser 1.500 EUR (250 EUR à majorer des décimes additionnels, tels que prescrits par le Code pénal social).

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 2015, le fonctionnaire dirigeant a appliqué 8 décisions d'amendes à charge de dispensateurs de soins pour un montant total de 9.500 EUR et ce, 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, §1^{er} 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 2015, 126 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 l'arrêté royal du 3 juillet 1996) :

- 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 600 EUR
- la demande a été introduite tardivement.

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 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. 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 demandes et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés en 2014 et 2015.

Tableau 25 : Nombre de demande et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés en 2014 et 2015.

Année	Nombre de demandes	Nombre de décisions positives
2014	313	142
2015	346	204

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.

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

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 2015.

Tableau 26 : Nombre de décisions de suspension de prescription pour force majeure positives ou négatives et nombre total de 2011 à 2015			
Année	Nombre de décisions positives	Nombre de décisions négatives	Nombre total
2011	699	63	762
2012	543	49	592
2013	438	36	474
2014	506	29	535
2015	454	82	536

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.

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 sa position.

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 des années 2011 à 2015.

Année	Nombre de litiges
2011	43
2012	24
2013	29
2014	38
2015	48

JURISPRUDENCE

• Cumul d'indemnités et de salaire sans activité

Par son jugement du 17 février 2015⁴, le tribunal du travail de Nivelles rappellera que l'application de l'article 168*quinquies*, §2, 3^o, de la loi SSI requiert qu'une activité ait été exercée. Le simple cumul des indemnités avec un salaire est insuffisant à établir l'infraction.

Dans cette affaire, l'assuré social fut verbalisé et ensuite sanctionné dans le cadre d'une opération de datamatching. Il était, en effet, ressorti de l'enquête de l'inspecteur social que la déclaration multifonctionnelle (DmfA) mentionnait une reprise de travail pendant l'ensemble du mois d'octobre 2011. Or, l'intéressé avait perçu des indemnités d'incapacité de travail jusqu'au 27 octobre 2011. Cette situation semblait justifier une sanction.

Or, en dépit du contact pris l'inspecteur social avec le secrétariat social de l'employeur, il s'est révélé par la suite que l'intéressé n'avait repris ses activités qu'en date du 27 octobre, mais avait perçu un salaire pour l'ensemble du mois suite à une erreur du secrétariat social.

Bien que l'employeur n'ait pas tenté de récupérer le salaire payé indûment, le tribunal du travail constatera qu'en l'absence de réelle reprise d'activité, il n'y avait pas lieu d'infliger une sanction.

4. T.T. Nivelles, 17 février 2015, RG :14/1223/A, inédit.

○ Définition des manœuvres frauduleuses

La notion de manœuvres frauduleuse revêt une importance particulière dans le cadre de la récupération des indemnités payées indûment, dès lors qu'en vertu de l'article 174, al.3, de la loi SSI, le délai de prescription de l'action en récupération de cet indu est porté à 5 ans dans le cas de manœuvres frauduleuses, alors qu'il est de deux dans les autres situations. Si la notion de « manœuvres frauduleuses » a été définie abondamment par la jurisprudence et la doctrine, force est de constater que sa mise en œuvre est toujours une question d'espèce.

L'on relèvera, à cet égard, un jugement et un arrêt qui confirment l'existence de manœuvres frauduleuses. Il en va ainsi du jugement du Tribunal du travail d'Anvers, section Hasselt, du 12 février 2015⁵ : dans cette affaire, l'intéressé reconnu en incapacité de travail, avait obtenu l'autorisation du médecin conseil d'exercer une activité pendant son incapacité de travail auprès de la société DW. Il est cependant apparu de l'enquête menée par un inspecteur social du SCA que l'intéressé exerçait, simultanément, une activité de pompier volontaire et se livrait à la location d'emplacement lors de marchés hebdomadaires, et ce sans l'autorisation requise du médecin conseil.

L'intéressé se verra infliger une exclusion du droit aux indemnités à concurrence de 174 indemnités journalières et sera invité par sa mutualité à rembourser l'indu causé par ces activités non autorisées. La mutualité fera application du délai de prescription quinquennale. L'intéressé introduira un recours afin de voir la sanction diminuée au minimum légal et voir appliqué le délai de prescription biennal. Le tribunal confirmera les deux décisions contestées. Le tribunal considèrera, en effet, que le cumul durant de nombreuses années d'indemnités et de revenus découlant d'activités devait être considéré comme une manœuvre frauduleuse, dès lors qu'il ne s'agissait, en l'espèce, pas d'une simple faute administrative ou d'une méconnaissance manifeste de la législation. L'intéressé était en effet parfaitement au courant de ses obligations administratives en la matière, étant entendu qu'il bénéficiait, d'ores et déjà, d'une autorisation du médecin conseil pour travailler auprès de la société DW.

La Cour du travail de Mons⁶ jugera, quant à elle, que les manœuvres frauduleuses peuvent être constituées par une réponse « de toute évidence inexacte à des questions pourtant claires et précises ».

○ Fraude au domicile – Preuve de l'infraction

Au fil des ans, la lutte contre la fraude au domicile revêt une importance grandissante dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale. Toutefois, la constatation de ce type de fraude a un caractère très particulier, en ce que les constatations factuelles sont généralement opérées par les services de police, dont les procès-verbaux n'ont aucune force probante particulière. Ils valent comme de simples renseignements. Dans ces conditions, c'est l'existence d'un faisceau d'indices graves, précis et concordant qui permettra d'accorder un caractère probant aux constatations.

L'on relèvera, à cet égard, le jugement du Tribunal du travail de Mons et de Charleroi du 18 juin 2015⁷, par lequel la juridiction estime la preuve de la fraude au domicile établie à suffisance de droit au regard des procès-verbaux de la police qui précisaient que l'intéressé n'avait jamais pu être rencontré à son domicile officiel, en dépit des nombreux passages des services de police. Ces procès-verbaux faisaient également état de soupçons de domiciliation fictive pour tous les occupants de l'immeuble au sein duquel l'intéressé prétendait habiter, dès lors qu'au cours de toutes les visites effectuées, les services de police n'ont pu y rencontrer aucun locataire inscrit aux registres de la population.

Le tribunal relèvera encore l'absence d'enregistrement du bail vanté par l'assuré social, et donc l'absence de date certaine de celui-ci ; le montant modique du loyer, alors même que celui-ci comprenait tant les consommations de chauffage que d'électricité, ainsi que l'absence de souscription d'un abonnement en eau pour ledit logement.

5. T.T. Anvers, section Hasselt, 12 février 2015, RG : 14/768/A, inédit.

6. C.T. Mons, 8 janvier 2015, RG : 2009/AM/21651, inédit.

7. T.T. Mons et Charleroi, section Binche, 18 juin 2015, RG : 14/4937/A, inédit.

b. Contentieux des sanctions aux 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 s'élève à 25 EUR par mois de retard, le montant de l'amende ne pouvant pas excéder 250 EUR par document. Rappelons que la sanction globale ne peut dépasser 1.500 EUR (250 EUR à majorer des décimes additionnels, tels que prescrits par le Code pénal social).

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

Tableau 28 : Nombre de décisions de sanctions aux dispensateurs de soins qui ont fait l'objet d'un litige

Année	Nombre de litiges
2015	1

JURISPRUDENCE

Au terme de l'arrêté royal du 19 mai 1995 portant exécution des articles 53 et 168 de la loi SSI, le fonctionnaire dirigeant du SCA est compétent pour infliger une amende administrative au prestataire qui omet de délivrer, dans un délai de 2 mois à compter de la fin du mois au cours duquel la prestation a été fournie, l'attestation de soins donnés.

À cet égard, il est intéressant de s'arrêter sur l'arrêt de la Cour du travail de Gand du 8 décembre 2015⁸. Dans cette affaire, le prestataire faisait usage du système du tiers payant, mais transmettait systématiquement les attestations requises hors délai.

Une amende administrative de 1.500 EUR fut dès lors prononcée par le fonctionnaire dirigeant du SCA, sur la base de l'arrêté royal du 19 mai 1995 portant exécution des articles 53 et 168 de la loi SSI.

Devant la Cour du travail, l'intéressé faisait valoir que l'arrêté royal du 19 mai 1995 ne trouverait pas à s'appliquer dans le cadre du tiers payant (premier grief), que le principe d'égalité serait violé, dès lors que l'assuré social n'est pas tenu par un tel délai pour transmettre les attestations à la mutualité dans le cadre du remboursement direct (deuxième grief), et que ce serait le Code pénal social qui aurait dû trouver à s'appliquer, et non l'arrêté royal précité (3^e grief).

8. C.T. Gand, section Bruges, 8 décembre 2015, RG : 2014/AR/205, inédit.

En ce qui concerne le premier grief, la Cour du travail notera que l'obligation de remise des attestations dans un délai de deux mois s'applique tant dans le cadre du paiement direct que dans le cadre du tiers payant, au vu des termes explicites de l'article 53, §1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi SSI.

Cet article 53 est en effet l'une des 2 bases légales de l'arrêté royal du 19 mai 1995. Or, dès lors que cette disposition vise tant le paiement direct que le régime du tiers payant, et que l'arrêté royal ne fait pas de distinction entre ces deux régimes, les mêmes règles de délai s'appliquent, avec les mêmes sanctions en cas de non-respect de celles-ci.

Le deuxième grief, relatif à une rupture de l'égalité entre le patient et le prestataire est logiquement balayée par la Cour notamment au motif qu'il repose sur la comparaison de deux catégories de personnes et de situations qui ne sont nullement comparables. En effet, l'intéressé comparait sa situation avec celle du bénéficiaire dans le cadre du paiement direct, qui, lui, dispose d'un délai de 2 ans pour remettre l'attestation de soins donnés à son O.A. Comme le souligne justement la Cour du travail, le délai de deux ans en question est un délai de prescription pour le paiement de la prestation et n'est pas lié aux obligations administratives du prestataire.

Bien que la Cour n'en fasse pas mention explicitement, il y a lieu de souligner que ce délai de prescription de 2 ans est aussi applicable au paiement des prestations dans le régime du tiers payant. Autrement dit, si le prestataire omet de transmettre les documents dans le délai de deux mois, il se verra sanctionner pour ce retard, mais cela ne l'empêchera nullement de pouvoir revendiquer le paiement de la prestation par l'O.A.

Quant au troisième grief, la Cour du travail l'estimera fondé, mais surabondant.

En effet, la période infractionnelle courait du 20 septembre 2010 au 22 février 2012. Or, à cette époque, l'article 169, alinéa 1^{er}, de la loi SSI prévoyait que les infractions aux dispositions de la loi SSI et ses arrêtés d'exécution étaient recherchées, constatées et sanctionnées conformément au Code pénal social.

L'article 169 fut modifié par la loi du 15 février 2012, entrée en vigueur le 18 mars 2012, afin de permettre de sanctionner les dispensateurs de soins, non plus sur la base du Code pénal social, mais sur la base de la loi coordonnée. La Cour notera, fort logiquement, que s'agissant de sanctions à caractère pénal, il y a lieu pour le juge de faire application de la loi la moins sévère. En l'espèce, la Cour constatera que la loi la moins sévère est le Code pénal social, dès lors que, contrairement à l'arrêté royal du 19 mai 1995, il limite le montant de l'amende administrative à 1.500 EUR (250 EUR à majorer des décimes additionnels).

La Cour en conclut que c'était bien le Code pénal social qui trouvait à s'appliquer, et non l'arrêté royal, qui avait été abrogé implicitement lors de l'entrée en vigueur du Code pénal social. Elle estime cependant que cet argument est surabondant, étant entendu que la décision de sanction limitait explicitement le montant de l'amende au montant prévu par le Code pénal social.

c. 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.

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. 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.

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 de 2011 à 2015.

Année	Nombre de contentieux
2011	4
2012	1
2013	1
2014	1
2015	4

JURISPRUDENCE

En 2015, il n'y a pas de jurisprudence significative à relever.

d. 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 l'arrêté royal du 3 juillet 1996 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 600 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 de décisions de refus de dispense d'inscription à charge des frais d'administration que les O.A. ont contestées devant le Tribunal du travail de Bruxelles de 2011 à 2015.

Tableau 30 : Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration de 2011 à 2015	
Année	Nombre de contentieux
2011	4
2012	2
2013	7
2014	2
2015	3

JURISPRUDENCE

Dans notre rapport d'activités portant sur l'année 2013, nous abordions la question de l'applicabilité de la cause de suspension liée au décès de l'assuré social⁹ du délai prévu à l'article 326, §1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 aux indus relatifs à des prestations postérieures au décès de l'assuré social.

Pour rappel, la jurisprudence avait tranché en faveur de la non-application de cette cause de suspension du délai, en raison du fait que le paiement postérieur au décès et relatif à une période postérieure au décès n'avait pas été fait à l'assuré social. Or, la cause de suspension ne s'applique qu'en cas de décès du débiteur de l'indu. L'assuré social n'étant pas l'accipiens, la cause de suspension n'est pas applicable.¹⁰

Cette jurisprudence a, en 2015, à nouveau été confirmée par la Cour du travail de Bruxelles.¹¹

Deux points tranchés par la Cour du travail dans son arrêt du 18 mars 2015, quant à la notion d'indu et quant au pouvoir du juge dans ce type de contentieux méritent d'être soulevés.

Dans cette affaire, la demande de dispense d'inscription en frais d'administration avait été jugée tardive, en raison de la non-application de la cause de suspension précitée. Néanmoins, les motifs de la décision étaient erronés, en ce qu'ils écartaient l'application de la cause de suspension, non en raison de son champ d'application, mais en raison de la circonstance que l'événement générateur (le décès) avait eu lieu avant la prise de cours du délai prévu à l'article 326, §1^{er} (délai qui prend cours, en principe, au moment de la constatation de l'indu). Selon la décision, il n'était pas possible de suspendre un délai qui n'avait commencé à courir.

En première instance, l'O.A. avait obtenu gain de cause et la dispense d'inscription accordée par le tribunal du travail. L'Institut interjeta appel de ce jugement.

Au cours des débats, l'O.A. tenta donc de reporter la date du début du délai à une date ultérieure, estimant que, ne connaissant pas l'identité de l'accipiens, l'indu n'avait pu être constaté. Dans ces circonstances, le délai n'aurait donc pu commencer à courir, et la demande ne pouvait donc être tardive.

Cet argument sera rejeté par la Cour, considérant que « l'existence d'un indu suppose un paiement et la circonstance que ce paiement est indu, et rien d'autre » et que « le fait de savoir à qui le paiement a été fait induit n'est pas une condition d'existence de l'indu ». En d'autres termes, la connaissance de l'existence d'un paiement indu fait courir le délai visé à l'article 326, §1^{er}, que l'O.A. connaisse ou non l'identité du débiteur de l'obligation de restitution.

D'autre part, l'O.A. invoqua une limitation du pouvoir du juge lorsqu'il constate que la décision litigieuse comporte une motivation inadéquate.

La Cour du travail rappellera qu'en matière d'assurance SSI, les juridictions du travail disposent d'un pouvoir de pleine juridiction : « les juridictions du travail saisies de ce litige n'exercent pas sur la décision de l'INAMI un simple contrôle de légalité, sans possibilité de substitution, mais doivent veiller à la correcte application des dispositions légales dont les faits commandent l'application ». La Cour en conclut qu'elle ne doit pas limiter son examen aux motifs exprimés dans la décision contestée.

En tout état de cause, la Cour du travail déclarera la demande initiale de dispense d'inscription en frais d'administration comme tardive et l'appel de l'Institut fondé. Elle confirmera, par conséquent, la décision querellée.

9. AR 3 juillet 1996, Art. 326, §2, h).

10. Pour plus de précisions, nous renvoyons le lecteur vers notre rapport d'activités 2013, pp. 60-61, disponible sur le site web de l'INAMI, rubrique Publications, Aperçu de nos publications, R.A. du Service Contrôle administratif.

11. C.T. Bruxelles, 18 mars 2015, RG : 2013/AB/773, inédit ; C.T. Bruxelles, 13 mai 2015, RG : 2013/AB/927, inédit.

4. Initiatives législatives et réglementaires

L'article 168quinquies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 a été modifié par l'article 170 de la loi-programme du 19 décembre 2014 publiée au Moniteur belge du 29 décembre 2014.

Les sanctions administratives d'exclusion qui peuvent être infligées par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI ont été renforcées en fonction de la durée de l'infraction commise. Un système de sanction est aujourd'hui prévu sur trois niveaux où une sanction de maximum 400 jours d'exclusion est prévue pour une fraude grave et persistante et de minimum 3 jours d'exclusion pour des infractions plus légères. En vue d'une lutte plus efficace contre la fraude, le délai de prescription des infractions a également été adapté et est passé de trois à 5 ans.

L'article 166 de la loi du 14 juillet 1994 a été modifié par l'article 24 de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, publiée au Moniteur belge du 17 août 2015.

Deux nouvelles sanctions administratives ont été insérées à charge des O.A.

Si un O.A. paie trop peu à un assuré ou à un dispensateur de soins, le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI pourra alors infliger une amende administrative de 125 EUR à charge de l'O.A. concerné. Une amende administrative de 250 EUR est également prévue si la qualité des données communiquées à l'INAMI par l'O.A. dans le cadre de l'article 138 de la loi SSI n'est pas conforme.

3^e Partie

Statistiques



I. Données statistiques de la Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

Cette partie du rapport d'activités présente des statistiques sur le contenu concret des missions de contrôle du SCA pour les années 2013, 2014, 2015. Ces statistiques donnent un aperçu du fonctionnement du service.

 Certains graphiques portent essentiellement sur les indemnités d'incapacité de salariés et indépendants. Les membres du personnel de la SNCB sont statutaires et ne parviennent donc pas à ces régimes. Dès lors, ces graphiques ne reprennent pas de chiffres pour la Caisse des soins de santé de HR Rail (O.A. 900).

 Le SCA établit aussi des statistiques sur les assurés sociaux (voir. 3^e partie, II.).

1. Contrôles thématiques

L'inspection de l'INAMI a évolué d'une philosophie de contrôle basée sur des dossiers individuels vers une philosophie de contrôle basée davantage sur des thèmes.

 Les **contrôles thématiques** sont des contrôles centralisés portant sur un aspect spécifique de l'assurance SSI. Le but est d'analyser les procédures de contrôle internes des mutualités. Les contrôles thématiques visent avant tout un traitement uniforme des assurés sociaux par les mutualités.

Le ciblage des contrôles diffère d'un contrôle thématique à l'autre.

L'approche de chaque contrôle thématique est entièrement documentée : un syllabus est rédigé par contrôle thématique expliquant le thème, décrivant l'approche et la méthodologie, comprenant un questionnaire standardisé, des rapports types, etc. Une telle approche garantit un traitement équitable de tous les dossiers.

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

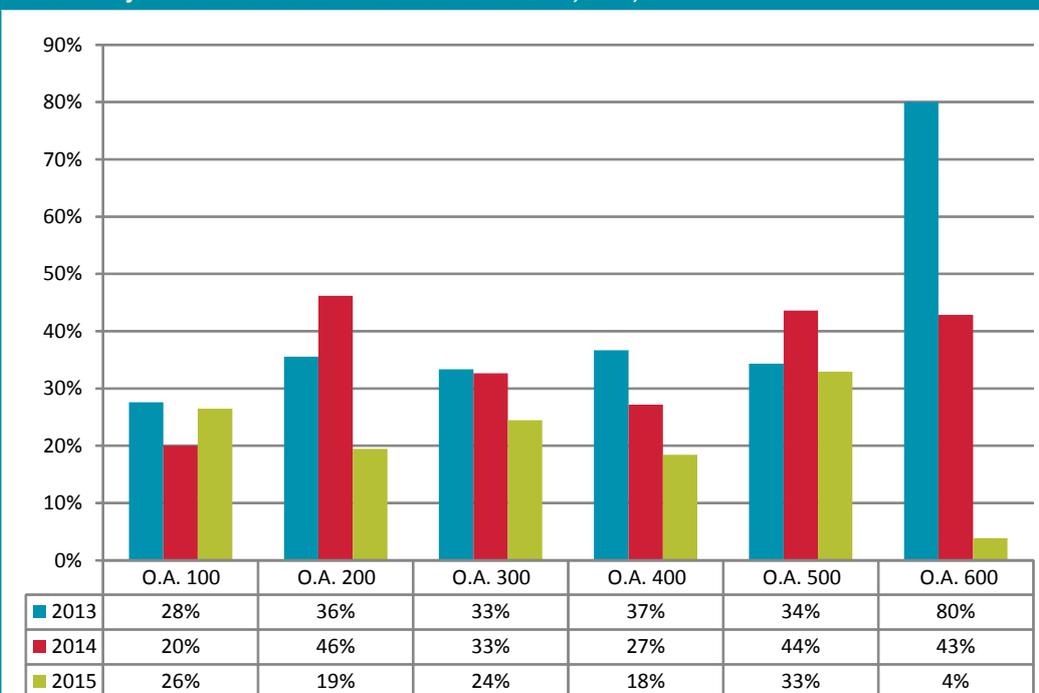
 Les **constatations** concernent des récupérations, paiements supplémentaires, sanctions ou remarques résultant d'un contrôle.

À l'issue de chaque contrôle thématique, un rapport d'analyse est réalisé et diffusé aux organes de gestion de l'INAMI et aux différents acteurs de l'assurance SSI (O.A., ministre de tutelle, partenaires sociaux, etc.). Chaque rapport présente la méthodologie, les résultats des contrôles et contient des recommandations pour l'amélioration des pratiques de travail des O.A.



Le Contrat d'administration conclu entre l'État et l'INAMI impose au moins 2 contrôles thématiques par an pour que l'INAMI puisse remplir en permanence son rôle de prévention par le biais de feed-back et de recommandations aux mutualités.

Graphique 1 : Contrôles thématiques « indemnités » effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant donné lieu à des constatations en 2013, 2014, 2015



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

! La CAAMI (O.A. 600) est une institution de plus petite taille où un nombre limité de contrôles a donc été effectué. Le pourcentage élevé de constatations de l'O.A. 600 est dû justement à sa petite taille et n'est donc pas représentatif.

Parmi les contrôles thématiques, le contrôle annuel « Montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A » (article 195 de la loi SSI) est très spécifique.

Les personnes ou organisations qui ont indûment perçu des indemnités de l'assurance SSI sont tenues d'en rembourser la valeur à l'O.A. qui les a versées (art. 164 de la loi SSI). Les O.A. doivent, à leur tour, récupérer ces indemnités et inscrire leurs montants sur les listes prévues à cet effet.

Ces listes ont une incidence sur les frais d'administration que les O.A. reçoivent chaque année. Les frais d'administration augmentent en effet d'un certain pourcentage des montants récupérés (l'art. 195 de la loi SSI décrit ce mécanisme).

Ces augmentations sont cependant liées à certaines conditions :

- il ne peut pas s'agir de remboursements spontanés ;
- le montant payé indûment ne peut pas 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'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM).



Plus d'informations sur l'OCM sur le site web : www.ocm-cdz.be



L'OGM est compétent pour l'exécution et le contrôle de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités (statuts, comptabilité, règles en matière d'assurance complémentaire, etc.).

Lors du contrôle thématique en question, le SCA compare les listes avec les montants récupérés par l'O.A. pour s'assurer que les montants y figurent à juste titre.

Graphique 2 : Contrôles thématiques « article 195 de la loi SSI » effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant abouti à des constatations en 2013, 2014, 2015



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale



La Caisse des soins de santé de HR Rail (O.A. 900) n'a pas introduit de listes à contrôler dans le cadre de ce contrôle thématique pour les 3 années de référence.

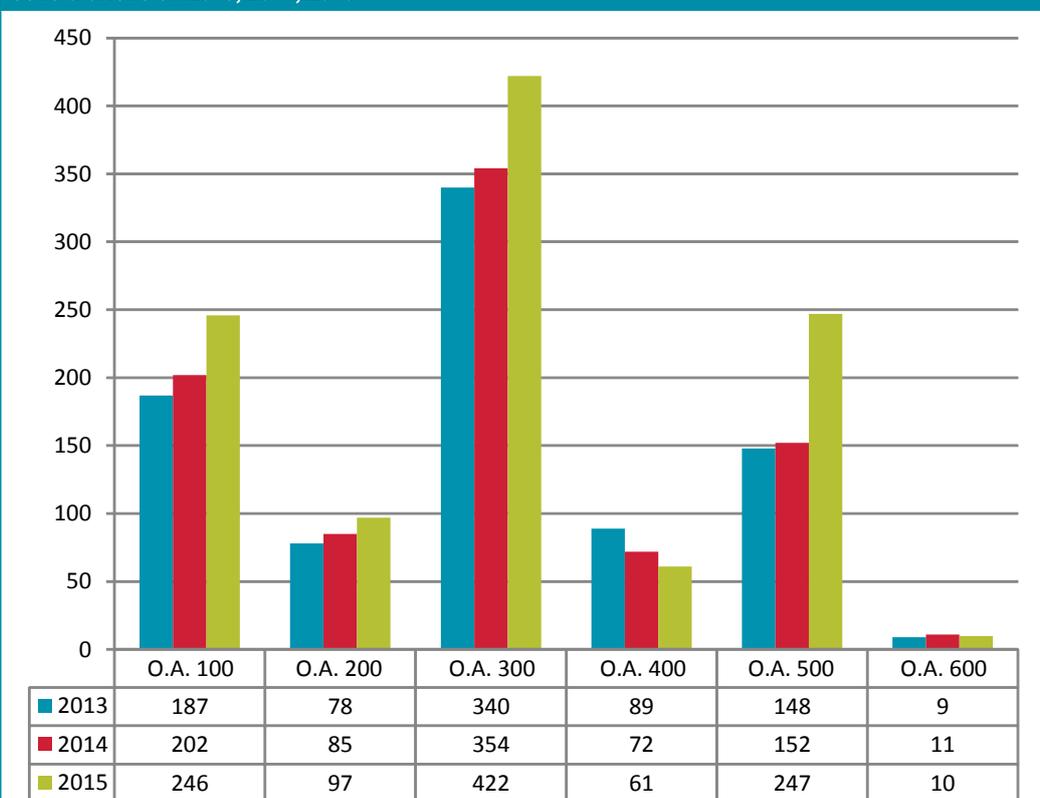
2. Contrôles non thématiques

Outre les contrôles thématiques systématiques, le SCA effectue également des contrôles dits « non thématiques » :

- les contrôles relatifs à l'assurance indemnités
- les contrôles relatifs à l'assurance soins de santé.

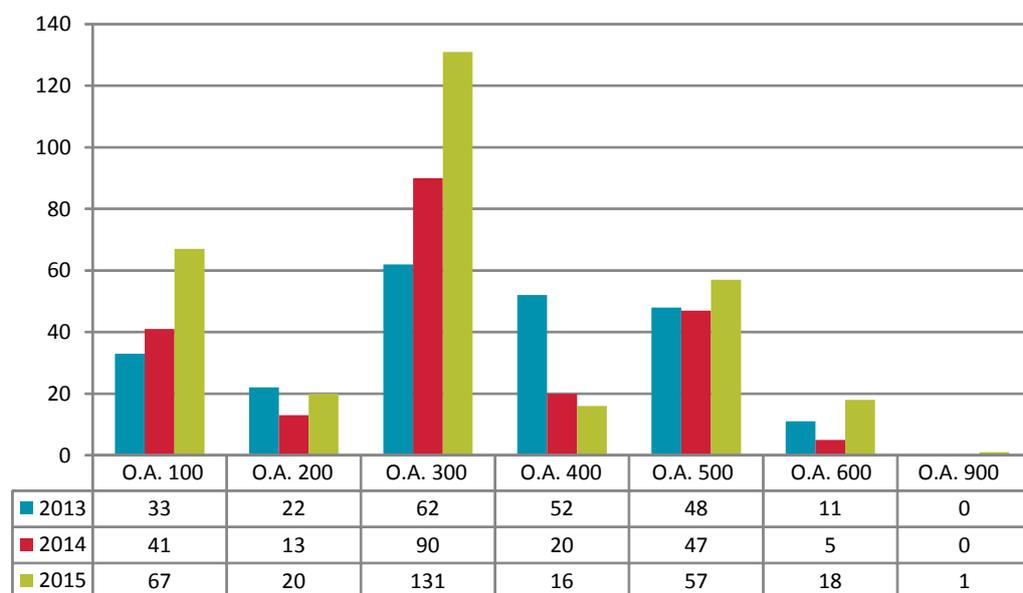
L'origine de ces contrôles est diverse : ils peuvent être effectués à la demande, à des plaintes ou à des questions d'auditeurs du travail, à la demande d'autres services de cellules stratégiques (cabinets) ou d'autres institutions sociales, etc.

Graphique 3 : Contrôles non thématiques « indemnités » effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2013, 2014, 2015



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

Graphique 4 : Contrôles non thématiques « soins de santé » effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2013, 2014, 2015



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

3. Lutte contre la fraude sociale

La lutte contre la fraude sociale est essentielle pour le SCA. Le service détecte entre autres :

- les cumuls non autorisés d'indemnités SSI et du revenu déclaré à l'ONSS (détection via un croisement de données (datamatching) ou un croisement de banques de données)
- les assujettissements fictifs à la sécurité sociale
- les activités non autorisées (travail au noir)
- les fraudes portant sur le domicile
- les séjours irréguliers à l'étranger
- etc.

Afin de renforcer la lutte contre la fraude sociale, le SCA s'est engagé, dans le contrat d'administration 2013-2015, à détecter le cumul d'indemnités SSI et de prestations déclarées à l'ONSS via un croisement de données (datamatching), tant pour les personnes en incapacité primaire que pour les invalides.

Un rapport annuel sur la lutte contre la fraude est rédigé. Il concerne la lutte contre le travail au noir, les datamatchings, les assujettissements fictifs à la sécurité sociale, les fraudes portant sur le domicile et les séjours irréguliers à l'étranger.

Graphique 5 : Constatations lors de contrôles effectués par le SCA – Pourcentage des constatations de fraude sociale en 2013, 2014, 2015



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

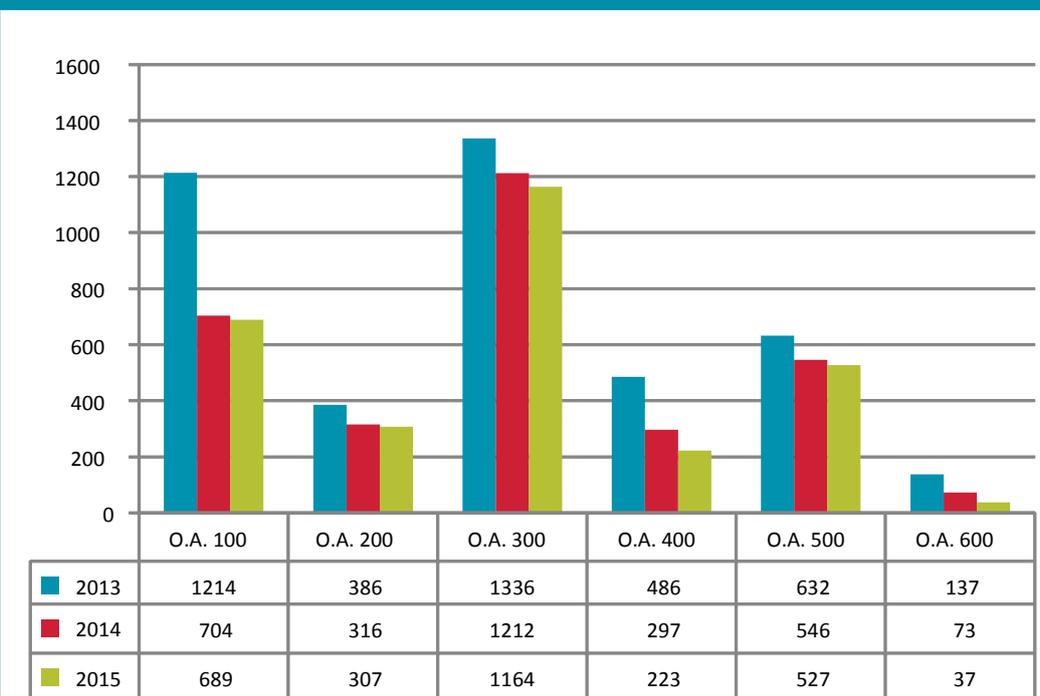
4. Contrôles de suivi

Le SCA effectue des contrôles de suivi pour tous les dossiers où des constatations ont été faites.

Il y a donc des contrôles de suivi pour :

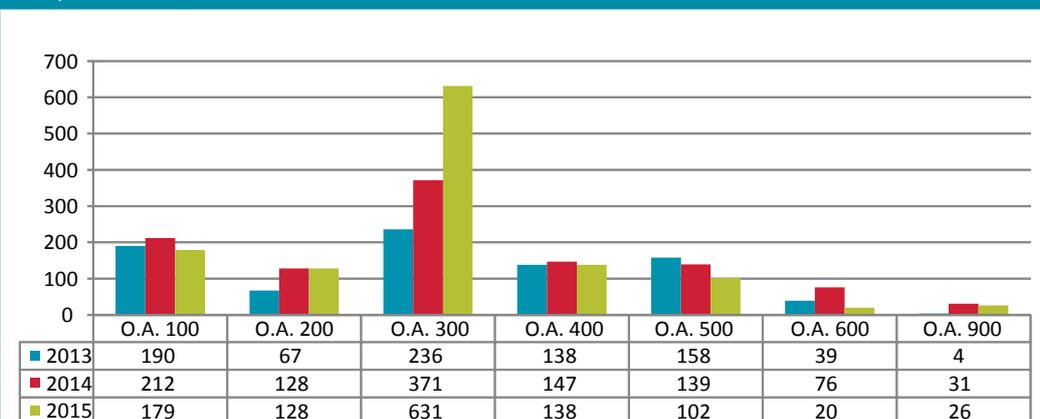
- l'assurance indemnités et l'assurance soins de santé
- les contrôles thématiques et les contrôles non thématiques.

Graphique 6 : Contrôles de suivi « indemnités » effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2013, 2014 et 2015



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

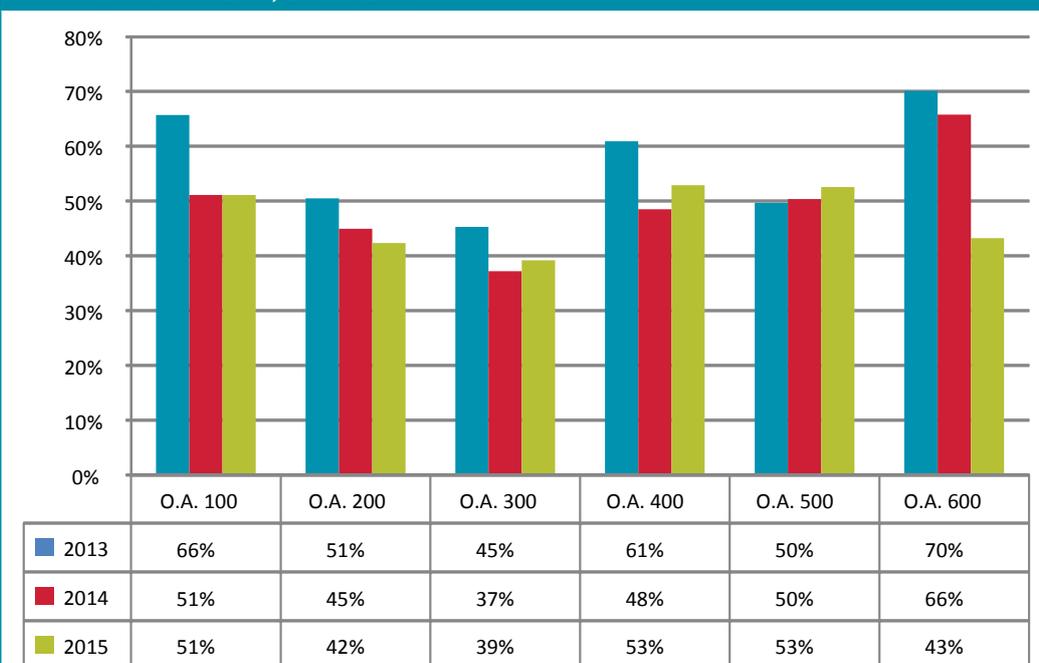
Graphique 7 : Contrôles de suivi « soins de santé » effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2013, 2014 et 2015



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

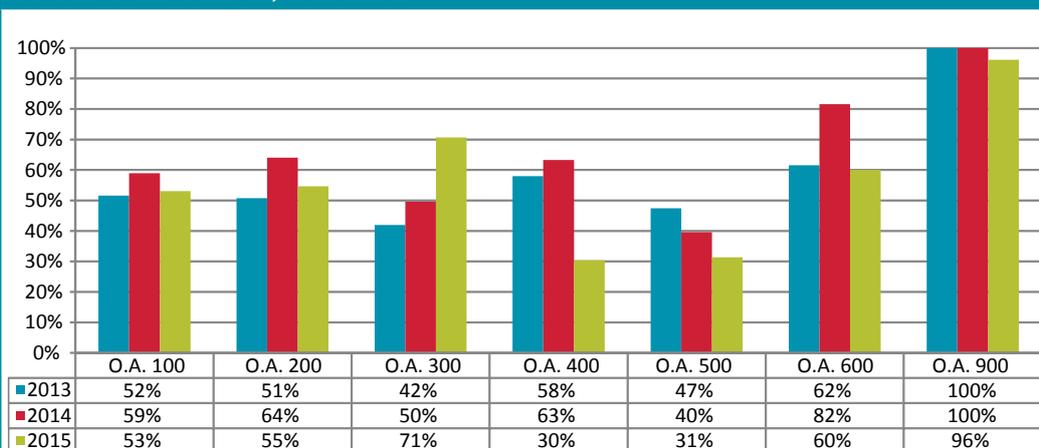
Les contrôles de suivi peuvent également donner lieu à des constatations. Si ce n'est pas le cas, la situation contrôlée est entre-temps en ordre, et le dossier en question est clôturé.

Graphique 8 : Premiers contrôles de suivi « indemnités » effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2013, 2014 et 2015



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

Graphique 9 : Premiers contrôles de suivi « soins de santé » effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2013, 2014 et 2015



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

5. Récupération

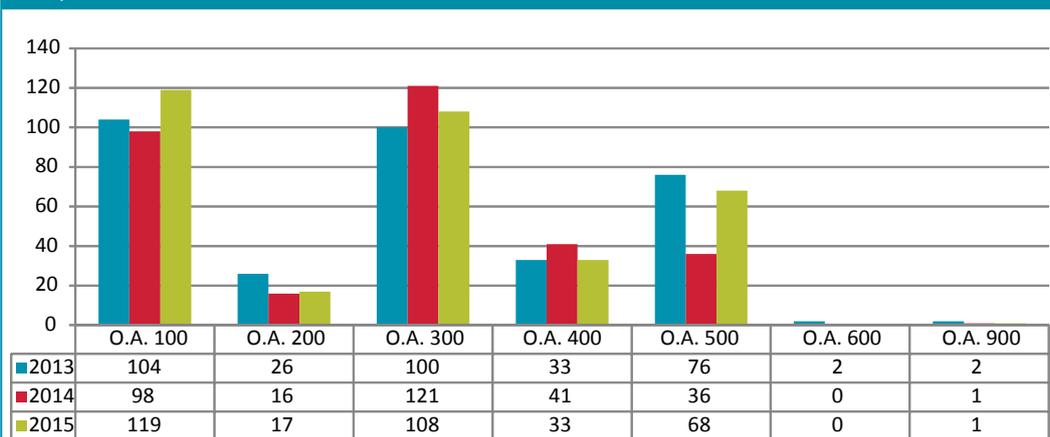
S'ils ne parviennent pas à récupérer les prestations indues des assurés sociaux dans le délai légalement prévu, les O.A. doivent inscrire le solde restant à charge de leurs propres frais d'administration.

Les O.A. peuvent toutefois demander au fonctionnaire dirigeant du SCA d'en être dispensés.

Une dispense ne peut cependant pas être accordée dans les situations suivantes¹² :

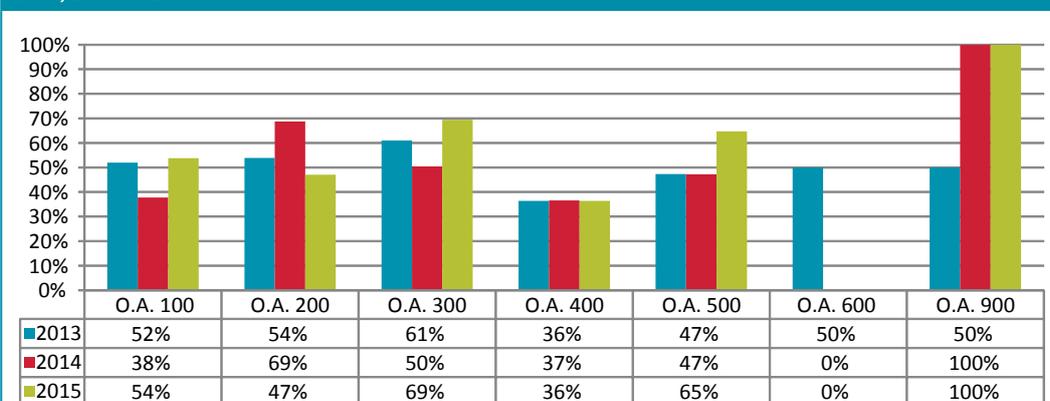
- si la récupération résulte d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné
- si l'O.A. concerné n'a pas employé tous les moyens légaux en vue de la récupération
- si la récupération concerne un montant de moins de 600,00 EUR
- si la demande est introduite hors délai.

Graphique 10 : Article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 - Nombre de demandes de dispenses en 2013, 2014 et 2015



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

Graphique 11 : Demandes article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 – Pourcentage de dispenses en 2013, 2014 et 2015



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

12. A.R. du 3 juillet 1996, art. 327.

II. Données statistiques des personnes affiliées à une mutualité (effectifs)

Cette partie présente l'évolution, par régime et par O.A., des personnes (assurés sociaux) ayant droit à des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités.

Les données de cette partie sont basées sur les fichiers des affiliés des mutualités (aussi appelés « effectifs »). Les O.A. transmettent 2 fois par an des données sur les effectifs au SCA. Ces données se rapportent à la situation au 30 juin et au 31 décembre de l'année concernée.

Les assurés sociaux ont droit aux prestations de l'assurance soins de santé et/ou de l'assurance indemnités. **L'assurance soins de santé** intervient dans les frais relatifs aux soins prestés par des dispensateurs de soins individuels ou par des institutions de soins de santé. **L'assurance indemnités** offre une indemnité de remplacement de revenus aux assurés sociaux qui n'exercent plus d'activité de travail en raison d'une période d'incapacité de travail, de maternité, de paternité, ou d'adoption.

L'assurance soins de santé englobe deux catégories de bénéficiaires, les titulaires et les personnes à charge :

 Les **titulaires** sont des personnes auxquelles l'assurance s'adresse en premier lieu, et qui doivent remplir les conditions de base pour ouvrir le droit aux interventions en matière de soins de santé.

 Les **personnes à charge** sont des personnes qui bénéficient du droit du titulaire, parce qu'elles cohabitent ou sont apparentées à ce titulaire. Il s'agit plus précisément des conjoints et conjointes, cohabitant, ascendants et descendants.

À partir de 1993, deux catégories de bénéficiaires sont à distinguer : les bénéficiaires et les bénéficiaires non assurés.

 Les **bénéficiaires non assurés** sont des personnes qui ne remplissent plus les conditions pour avoir droit aux prestations, ces personnes ayant par exemple refusé de payer la cotisation personnelle due lorsque des données de cotisation d'une valeur insuffisante ont été transmises à la mutualité. Ces personnes sont donc encore affiliées à une mutualité mais ont perdu leur droit aux prestations, c'est-à-dire leur qualité de bénéficiaire.

1. Évolution selon le régime

Jusqu'à fin 2007, les bénéficiaires étaient repris dans 2 régimes, avec un niveau différent d'interventions et d'indemnités :

- le **régime général**, issu d'une assurance qui, à l'origine, était organisée pour des personnes qui se trouvaient sur le marché du travail en tant que travailleurs ou qui n'y restaient pas à cause du chômage, d'une incapacité de travail ou de la pension et qui par la suite a été étendu à d'autres couches de la population
- le **régime des indépendants** et des membres des communautés religieuses.

Pour ce qui concerne l'assurance soins de santé, cette distinction entre les régimes a disparu à partir du 1^{er} janvier 2008. À partir de cette date, les travailleurs indépendants (et les membres des communautés religieuses) ont les mêmes droits en matière de soins de santé que les autres groupes de la population et font partie aujourd'hui d'un seul et même système d'assurance soins de santé.



Le principe suivant est toutefois encore valable.

Les dépenses en soins de santé des personnes possédant la qualité de travailleur indépendant ou qui ont une relation manifeste avec cette qualité sont en principe financées à partir de la gestion financière globale de la sécurité sociale des travailleurs indépendants et non à partir de celle des travailleurs salariés. Ceci permet de mentionner encore les effectifs séparément. La notion de "régime" doit donc être comprise dans ce sens.

Concernant l'assurance indemnités, il existe toujours une différence tant sur la forme que sur le contenu entre le régime général et le régime des travailleurs indépendants.

a. Régime général

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre de bénéficiaires dans le régime général et l'évolution du nombre de bénéficiaires non assurés.

Catégorie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Titulaires (1)										
TIP + Services publics & assimilés	4.146.598	4.201.320	4.246.561	4.266.947	4.285.516	4.302.436	4.310.964	4.308.868	4.295.974	4.260.902
Invalides	210.505	215.832	224.453	235.765	249.187	261.017	274.424	289.044	308.533	330.509
Handicapés	69.675	72.054	73.323	72.381	72.598	72.872	71.970	72.058	71.844	72.234
Veuves, veufs et orphelins	362.834	360.937	356.116	350.145	343.996	336.064	325.689	315.374	3063.203	297.113
Pensionnés	1.244.028	1.264.128	1.296.471	1.325.193	1.354.763	1.398.639	1.446.241	1.499.695	1.552.663	1.604.600
Personnes inscrites au Registre national	175.697	174.391	165.391	155.199	158.051	166.317	165.575	162.704	159.413	162.123
Total (1)	6.209.337	6.288.662	6.362.315	6.405.630	6.464.111	6.537.345	6.594.863	6.647.743	6.694.630	6.727.481
Personnes à charge (2)										
Conjoints	734.870	692.268	674.025	658.994	647.357	632.636	615.524	599.952	586.550	578.138
Ascendants	13.472	12.340	12.924	13.842	14.929	15.882	15.415	14.530	13.851	13.092
Descendants	2.474.198	2.393.277	2.394.253	2.414.598	2.438.538	2.457.285	2.479.685	2.501.384	2.516.729	2.531.140
Total (2)	3.222.540	3.097.885	3.081.202	3.087.434	3.100.824	3.105.803	3.110.624	3.115.866	3.117.130	3.122.370
Bénéficiaires (1+2)	9.431.877	9.386.547	9.443.517	9.493.064	9.564.935	9.643.148	9.705.487	9.763.609	9.811.760	9.849.851
Bénéficiaires non assurés	41.967	90.343	89.346	103.890	103.011	108.620	119.219	118.547	122.116	118.990

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d'accessibilité

Les différentes catégories de titulaires du régime général sont les suivantes :

- les **titulaires indemnisables primaires (TIP)** : les travailleurs actifs, les travailleurs en incapacité primaire de travail, les travailleurs en congé de maternité, les chômeurs contrôlés, les étudiants de l'enseignement supérieur et les travailleurs en assurance continuée
- les **invalides** : les assurés qui sont reconnus en incapacité de travail suite à une maladie d'au moins une année
- les **handicapés** : les assurés qui, sans nécessairement bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail, ont été reconnus incapables. Il s'agit d'une reconnaissance soit, dans le cadre de la réglementation concernant les allocations pour les personnes avec un handicap, soit dans le cadre de la réglementation concernant les allocations familiales
- les **veufs, veuves et orphelins** des titulaires
- les **pensionnés** : toutes les personnes ayant droit à une pension de retraite, à une pension anticipée ou à un avantage en vigueur comme équivalent
- les **personnes inscrites au Registre national des personnes physiques** : les personnes qui ont leur résidence principale légale en Belgique et qui ne sont pas assujetties à une assurance soins de santé étrangère ou à une assurance maladie spécifique belge telle que la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins par exemple. En ce qui concerne les effectifs, une personne n'est intégrée dans cette catégorie que si elle ne peut l'être dans une autre.

b. Indépendants et communautés religieuses

Le tableau ci-après présente l'évolution du nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité (c'est-à-dire les travailleurs indépendants proprement dits) et les communautés religieuses. Les travailleurs indépendants à carrière mixte relèvent du régime général.

Tableau 32 : Nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité et des communautés religieuses - Situation au 30 juin										
Catégorie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Titulaires (1)										
TIP	521.215	500.948	553.240	561.740	566.225	567.671	571.882	574.896	577.819	585.324
Invalides	16.659	16.760	17.048	17.524	18.270	18.667	19.014	19.544	20.474	21.156
Pensionnés	82.515	57.737	82.531	83.138	83.671	83.937	85.104	86.009	87.427	86.769
Veuves, veufs et orphelins	31.866	14.734	29.463	30.608	28.594	27.965	27.436	26.819	26.288	22.862
Starters		36.349								
GRAPA (Garanties de revenus aux personnes âgées)		9.400								
Handicapés			6.632	3.945	5.421	5.363	5.314	4.989	4.821	7.786
Total (1)	652.255	635.928	688.914	696.955	702.181	703.603	708.750	712.257	716.829	723.897
Personnes à charge (2)										
Conjoints	124.160	105.121	115.071	111.954	107.647	102.614	98.234	94.234	90.802	87.462
Ascendants	1.052	1.095	1.300	1.543	1.743	1.865	1.907	1.843	1.722	1.713
Descendants	201.053	202.337	222.341	240.348	253.063	262.133	269.065	277.652	283.811	290.793
Total (2)	326.265	308.553	338.712	353.845	362.453	366.612	369.206	373.729	376.335	379.968
Bénéficiaires (1+2)	978.520	944.481	1.027.626	1.050.800	1.064.634	1.070.215	1.077.956	1.085.986	1.093.164	1.103.847
Communautés religieuses	3.755	1.118	3.009	2.726	2.459	1.993	1.763	1.565	1.424	1.283
Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Section contrôle et gestion des données d'accessibilité										

Les différentes catégories de titulaires sont les suivantes :

- les **indépendants titulaires indemnissables primaires (TIP) et leurs aidants** : les indépendants/aidants actifs et les indépendants/aidants en incapacité de travail primaire ou en congé de maternité
- les **invalides** : les assurés qui restent incapables de travailler après une période d'incapacité primaire et remplissent les conditions en matière d'invalidité définies par l'arrêté royal du 20 juillet 1971
- les **pensionnés** : tous les travailleurs indépendants qui ont droit à une pension de retraite en tant que travailleurs indépendants
- les **veufs, veuves et orphelins** de travailleurs indépendants dont le conjoint ou la conjointe a exercé une activité professionnelle en tant que travailleur indépendant pendant au moins une année

- les “starters” et les bénéficiaires de la “Garantie de revenus aux personnes âgées” (GRAPA) : Entre le 1^{er} juillet 2006 et le 31 décembre 2007, les “travailleurs indépendants débutants” et les “travailleurs indépendants bénéficiant de la GRAPA” avaient déjà droit à une intervention et ce, tant pour les gros risques que pour les petits risques. Durant cette période, il était possible de les distinguer dans les fichiers des effectifs comme catégories distinctes. Comme, depuis le 1^{er} janvier 2008, tous les travailleurs indépendants assurés ont droit à une intervention tant pour les gros risques que pour les petits risques, les travailleurs indépendants débutants et les travailleurs indépendants bénéficiant de la GRAPA font, à partir de cette date, respectivement partie des titulaires indemnisables primaires et des pensionnés (sans mention distincte)
- le groupe **handicapés indépendants** : tous les bénéficiaires handicapés, pour lesquels un lien peut encore être identifié avec une qualité d’indépendant
- les membres des **communautés religieuses**.

2. Évolution par organisme assureur

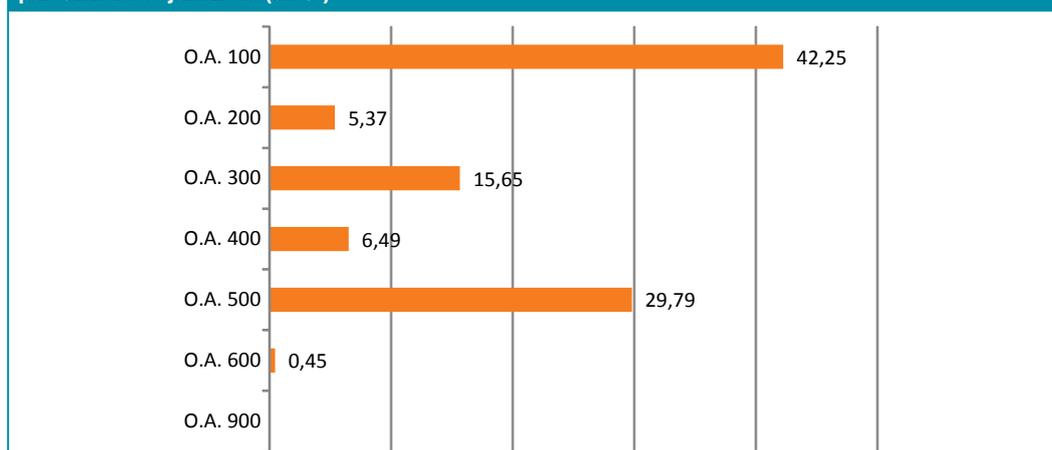
Les graphiques et les tableaux suivants illustrent la répartition des assurés sociaux entre les différents O.A.

Graphique 12 : Régime général - Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2015 (en %)



Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d’accessibilité

Graphique 13 : Régime des travailleurs indépendants à activité unique - Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2015 (en %)



Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d’accessibilité

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre de bénéficiaires par O.A. au 30 juin pour les années 2000 à 2015, dans le régime général (à l'exclusion des bénéficiaires non assurés).

Tableau 33 : Régime général - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en %)							
Année	O.A. 100	O.A. 200	O.A. 300	O.A. 400	O.A. 500	O.A. 600	O.A. 900
2000	44,05%	3,84%	28,96%	5,73%	14,98%	0,81%	1,64%
2001	43,8%	3,91%	29,09%	5,71%	15,09%	0,81%	1,59%
2002	43,53%	3,95%	29,24%	5,68%	15,26%	0,79%	1,55%
2003	43,29%	3,97%	29,36%	5,63%	15,49%	0,79%	1,49%
2004	43,01%	3,98%	29,58%	5,57%	15,65%	0,79%	1,42%
2005	42,77%	3,98%	29,79%	5,51%	15,81%	0,79%	1,36%
2006	42,37%	3,98%	30,00%	5,43%	16,14%	0,78%	1,31%
2007	42,39%	4,04%	29,41%	5,41%	16,69%	0,77%	1,29%
2008	42,21%	4,11%	29,46%	5,34%	16,86%	0,75%	1,26%
2009	42,04%	4,18%	29,51%	5,29%	17,01%	0,74%	1,23%
2010	41,81%	4,23%	29,54%	5,27%	17,21%	0,75%	1,20%
2011	41,66%	4,28%	29,56%	5,22%	17,36%	0,75%	1,16%
2012	41,48%	4,35%	29,65%	5,17%	17,45%	0,76%	1,14%
2013	41,29%	4,41%	29,67%	5,11%	17,62%	0,79%	1,12%
2014	41,18%	4,49%	29,66%	5,04%	17,73%	0,80%	1,10%
2015	41,13%	4,55%	29,62%	4,98%	17,81%	0,82%	1,09%

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d'accessibilité

Le tableau ci-dessous présente la même évolution dans le régime des travailleurs indépendants.

Tableau 34 : Régime des travailleurs indépendants à activité unique - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en %)						
Année	O.A. 100	O.A. 200	O.A. 300	O.A. 400	O.A. 500	O.A. 600
2000	48,76%	5,35%	13,97%	8,13%	23,47%	0,33%
2001	48,50%	5,32%	14,19%	8,03%	23,64%	0,32%
2002	48,26%	5,31%	14,21%	7,96%	23,95%	0,32%
2003	47,93%	5,30%	14,28%	7,89%	24,29%	0,31%
2004	47,67%	5,26%	14,37%	7,78%	24,62%	0,30%
2005	46,97%	5,23%	14,41%	7,64%	25,46%	0,30%
2006	45,88%	5,22%	14,35%	7,48%	26,76%	0,30%
2007	44,96%	5,14%	14,28%	7,22%	28,08%	0,32%
2008	45,10%	5,17%	14,56%	7,10%	27,79%	0,27%
2009	44,55%	5,20%	14,84%	6,96%	28,11%	0,34%
2010	44,43%	5,15%	14,99%	6,85%	28,23%	0,34%
2011	44,03%	5,19%	15,07%	6,82%	28,58%	0,31%
2012	43,60%	5,20%	15,17%	6,81%	28,81%	0,40%
2013	43,11%	5,22%	15,44%	6,72%	29,10%	0,41%
2014	42,68%	5,31%	15,53%	6,68%	29,37%	0,44%
2015	42,25%	5,37%	15,65%	6,49%	29,79%	0,45%

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d'accessibilité

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des bénéficiaires non assurés à partir de 2011.

Tableau 35 : Bénéficiaires non assurés - Evolution par O.A. au 30 juin (en %)							
Année	O.A. 100	O.A. 200	O.A. 300	O.A. 400	O.A. 500	O.A. 600	O.A. 900
2011	41,66%	4,28%	29,56%	5,22%	17,36%	0,75%	1,16%
2012	30,53%	3,84%	32,51%	3,75%	25,96%	3,41%	0,01%
2013	31,73%	3,95%	31,85%	3,55%	25,89%	3,04%	0,01%
2014	33,91%	3,27%	31,99%	3,78%	24,50%	2,56%	0,00%
2015	37,33%	3,47%	26,95%	4,96%	23,03%	4,26%	0,00%
2015	37,33%	3,47%	26,95%	4,96%	23,03%	4,26%	0,00%

Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Section contrôle et gestion des données d'accessibilité

4^e Partie

Infos pratiques

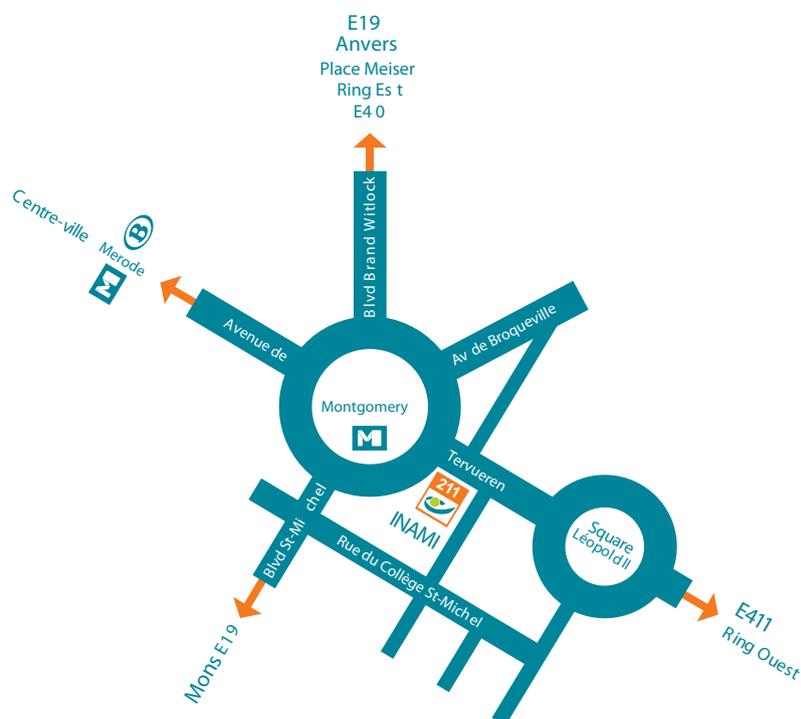


I. Carnet d'adresses

1. Siège social de l'INAMI

 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

 Site web : www.inami.be



2. Bureaux du SCA

 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. Numéros d'identification des organismes assureurs

N° d'identification	Dénomination
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC)
200	Union nationale des mutualités neutres (UNMN)
300	Union nationale des mutualités socialistes (UNMS)
400	Union nationale des mutualités libérales (UNML)
500	Union nationale des mutualités libres (UNMLibre)
600	Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI)
900	Caisse des soins de santé HR Rail (HR-Rail)

III. 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.	Cour de Travail
DmfA	Déclaration multifonctionnelle / Multifunctionele aangifte
GRAPA	Garantie de revenus aux personnes âgées
I.T.	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 relative à l'assurance 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
R.H.	Ressources humaines
SCA	Service du contrôle administratif
SdSS	Service des soins de santé
SECM	Service d'évaluation et de contrôle 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 du Travail
VIPO	Veuf, invalide, pensionné et orphelin

IV. Index des tableaux et des graphiques

1. Tableaux

Tableau 1	Répartition des membres du personnel par fonction et par localisation administrative (situation au 31 décembre 2015).....	13
Tableau 2	Montants perçus et récupérés en 2014 – Nombre total de cas, nombre de cas corrects, nombre de cas complètement ou partiellement rejetés et montants correspondants.....	19
Tableau 3	Résultat général par erreur constatée	22
Tableau 4	Statut des personnes constatées.....	24
Tableau 5	Personnes en règle/en infraction	25
Tableau 6	Suites données	25
Tableau 7	Transmission à un autre service	25
Tableau 8	Cumuls interdits en invalidité - année de dépenses 2013 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total.....	27
Tableau 9	Cumuls interdits en incapacité primaire - dépenses du 3e et du 4e trimestre 2013 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total	27
Tableau 10	Cumuls interdits en invalidité : dépenses 2006-2013.....	28
Tableau 11	Origines des nouvelles demandes d'enquête en 2015.....	30
Tableau 12	Nombre d'enquêtes clôturées en 2015 réparties selon le résultat de l'enquête	30
Tableau 13	Cumul avec une activité non autorisée - nombre de constatations et montant total des indus en 2015	31
Tableau 14	Cumul avec une activité non autorisée - Nombre de sanctions administratives et nombre total de jours d'exclusion en 2015	31
Tableau 15	Séjours irréguliers à l'étranger - Constatations et total en 2014 et 2015	33
Tableau 16	Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale - nombre de constatations et indu total par secteur constatés en 2015	34
Tableau 17	Enquêtes réalisées en 2015– Nombre avec ou sans constatation et total.....	36
Tableau 18	Nombre de fichiers transmis, de ménages qui atteignent le montant plafonné de 450 EUR et d'erreurs dans la composition du ménage en 2015.....	42
Tableau 19	Nombre de demandes relatives aux bons de cotisation en 2015, par type/cause ...	47
Tableau 20	Nombre de duplicatas demandés et délivrés en 2015	48
Tableau 21	Nombre de bénéficiaires du MAF pour l'année MAF 2015 au 1er janvier 2016	50

Tableau 22	Aperçu du nombre de demandes en 2015, ventilées par type de demande	52
Tableau 23	Sanctions et amendes prévues par la loi SSI	57
Tableau 24	Nombre total de sanctions aux assurés prononcées en 2015	58
Tableau 25	Nombre de demande et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés en 2014 et 2015.	61
Tableau 26	Nombre de décisions de suspension de prescription pour force majeure positives ou négatives et nombre total de 2011 à 2015.....	62
Tableau 27	Nombre de décisions de sanctions assurés qui ont fait l'objet d'un litige de 2011 à 2015	63
Tableau 28	Nombre de décisions de sanctions aux dispensateurs de soins qui ont fait l'objet d'un litige	65
Tableau 29	Nombre de contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de 2 ans pour cause de force majeure de 2011 à 2015	67
Tableau 30	Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration de 2011 à 2015	68
Tableau 31	Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration de 2006 à 2015	83
Tableau 32	Nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité et des communautés religieuses - Situation au 30 juin	84
Tableau 33	Régime général - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin.....	86
Tableau 34	Régime des travailleurs indépendants à activité unique - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin	86
Tableau 35	Bénéficiaires non assurés - Evolution par O.A. au 30 juin.....	87

2. Graphiques

Graphique 1	Contrôles thématiques « indemnités » effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant donné lieu à des constatations en 2013, 2014 et 2015.....	73
Graphique 2	Contrôles thématiques « article 195 de la loi SSI » effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant abouti à des constatations en 2013, 2014 et 2015.....	74
Graphique 3	Contrôles non thématiques « indemnités » effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2013, 2014 et 2015	75
Graphique 4	Contrôles non thématiques « soins de santé » effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2013, 2014, 2015	76
Graphique 5	Constatations lors de contrôles effectués par le SCA – Pourcentage des constatations de fraude sociale en 2013, 2014 et 2015	77
Graphique 6	Contrôles de suivi « indemnités » effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2013, 2014 et 2015	78
Graphique 7	Contrôles de suivi « soins de santé » effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2013, 2014 et 2015	78
Graphique 8	Premiers contrôles de suivi « indemnités » effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2013, 2014 et 2015	79
Graphique 9	Premiers contrôles de suivi « soins de santé » effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2013, 2014 et 2015	79
Graphique 10	Article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 – Nombre de demandes de dispenses en 2013, 2014 et 2015.....	80
Graphique 11	Demandes article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 – Pourcentage de dispenses en 2013, 2014 et 2015	80
Graphique 12	Régime général – Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2015	85
Graphique 13	Régime des travailleurs indépendants à activité unique – Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2015	85

Date de publication : Septembre 2016

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/2016/0401/27