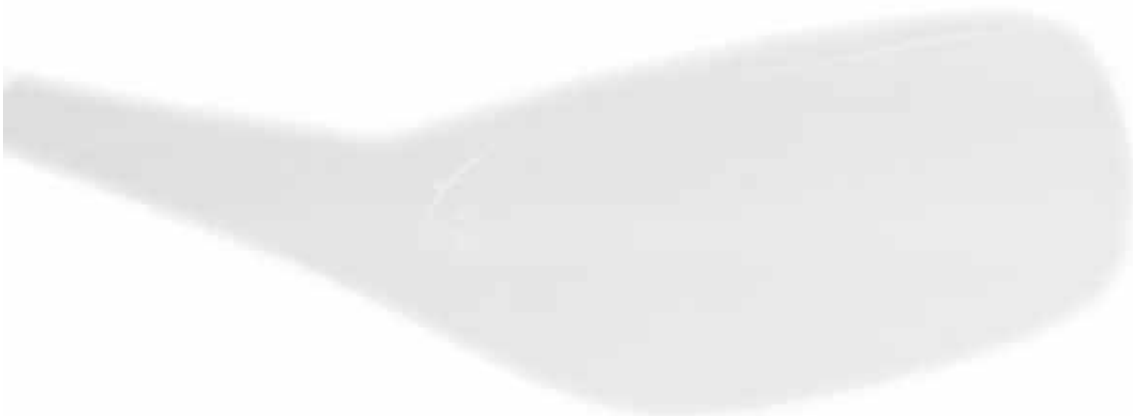




Service du contrôle administratif

Rapport d'activités 2016



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
Commission technique	14

2^e Partie - Rétro 2016..... 15

I. Information et contrôle	16
1. Contrôles thématiques au sein des organismes assureurs et des mutualités.....	17
2. Contrôles thématiques et actions de lutte contre la fraude sociale des assurés sociaux.....	25
3. Contrôles à la demande, de suivi et d'initiative	38
4. Contrôle et gestion des données d'accessibilité.....	40
5. Optimisation des contrôles et croisement des données.....	52
II. Responsabilisation et régulation	56
1. Responsabilisation financière des organismes assureurs	56
2. Décisions relevant de la compétence discrétionnaire du fonctionnaire dirigeant	60
3. Contentieux	68

3^e Partie - Données statistiques 79

I.	Données statistiques des missions de contrôle.....	80
1.	Contrôles thématiques au sein des organismes assureurs et des mutualités.....	80
2.	Contrôles thématiques et actions de lutte contre la fraude sociale des assurés sociaux.....	83
3.	Contrôles à la demande et de suivi	84
4.	Récupération	88
II.	Données statistiques des personnes affiliées à une mutualité (effectifs).....	89
1.	Évolution selon le régime.....	90
2.	Évolution par organisme assureur	93

4^e Partie - Informations pratiques 97

I.	Carnet d'adresses	98
1.	Siège social de l'INAMI.....	98
2.	Bureaux du SCA	99
3.	Données de contact	99
II.	Numéros d'identification des organismes assureurs	99
III.	Pictogrammes et abréviations.....	100
1.	Pictogrammes	100
2.	Abréviations	101
IV.	Index des tableaux et des graphiques	102
1.	Tableaux.....	102
2.	Graphiques	104

Avant-propos

Ce rapport d'activités présente les réalisations du Service du contrôle administratif (SCA) de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et donne un aperçu chiffré des activités de 2016 dont plus de 20.000 contrôles de dossiers individuels au sein des organismes assureurs (O.A.) et dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale.

Tout d'abord, le SCA réalise chaque année plusieurs contrôles thématiques dans les secteurs des soins de santé et des indemnités afin de vérifier que les O.A. et les mutualités appliquent correctement la réglementation de l'assurance obligatoire, auxquels s'ajoutent les enquêtes et les contrôles de suivi. En 2016, le SCA a vérifié dans ce contexte environ 16.000 dossiers individuels. À l'issue de ces contrôles, le service a notamment adressé des recommandations, des avertissements et environ 500 sanctions aux O.A. en vue de l'amélioration de leurs pratiques de travail.

Ensuite, le SCA effectue des contrôles dans le cadre plus spécifique de la lutte contre la fraude sociale des assurés sociaux. En 2016, le SCA a vérifié environ 4.000 dossiers individuels et a constaté des cas de fraude sociale pour un montant total de plus de 5 millions d'euros. Le service a prononcé environ 40 amendes à charge des assurés sociaux dans le secteur des soins de santé pour un montant total de 8.750 euros et environ 500 sanctions dans le secteur des indemnités correspondant à près de 24.000 jours d'exclusion. Sur base des constatations du SCA, les mutualités procèdent à la récupération des indus. En outre, celles-ci effectuent elles aussi des contrôles de leur propre initiative qui donnent également lieu à des récupérations substantielles. Les contrôles effectués chaque année par le SCA démontrent que les O.A. améliorent de façon significative leurs procédures internes permettant ainsi de limiter l'existence d'indus essentiellement pour des cumuls entre des incapacités de travail et des activités déclarées à l'Office national de sécurité sociale (ONSS) mais non autorisées par le médecin-conseil de la mutualité.

Par ailleurs, le SCA a également pour mission de garantir à chaque citoyen l'accès à l'assurance obligatoire. Au cours des années précédentes, le SCA a notamment contribué à la création d'un flux de données afin de détecter de façon proactive les bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée (I.M.). Ce nouveau système d'échange de données permet aussi de contrôler plus efficacement le droit à l'I.M. En 2016, près de 800.000 bénéficiaires de l'I.M. ont fait l'objet d'un contrôle pour obtenir la prolongation de ce droit. En outre, le travail du SCA consiste à vérifier la composition de ménage et les revenus des assurés sociaux pour l'octroi du maximum à facturer (MAF).

De plus, le SCA recherche perpétuellement à perfectionner tous les contrôles précités notamment grâce aux techniques d'analyse de risques, de datamatching (croisement des flux de données) et de datamining (analyse approfondie des flux de données). A cet égard, le Service a simplifié et rationalisé ses méthodes de croisement de données en 2016.

Enfin, un nouveau système d'évaluation relatif à la responsabilisation financière des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration a été appliqué pour la première fois en 2016. Celui-ci se fonde sur la détermination de domaines d'évaluation et d'indicateurs déterminés par les services de l'INAMI et de l'Office de contrôle des mutualités (OCM). Conformément à ce nouveau système d'évaluation, le SCA a fourni les informations qu'il détient à l'OCM pour l'année d'évaluation 2016 en vue de l'attribution de la partie variable des frais d'administration.

Ces exemples de réalisations parmi tant d'autres sont le fruit d'un travail collectif. De ce fait, je souhaite remercier chaleureusement l'ensemble des collaborateurs ainsi que nos partenaires au sein de la sécurité sociale pour leur collaboration.

Patricia Heidbreder
Fonctionnaire dirigeant



1^e Partie

Carte d'identité



I. Missions

Le Service du contrôle administratif (SCA) constitue l'un des 6 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 (Maximum à facturer, intervention majorée, 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.

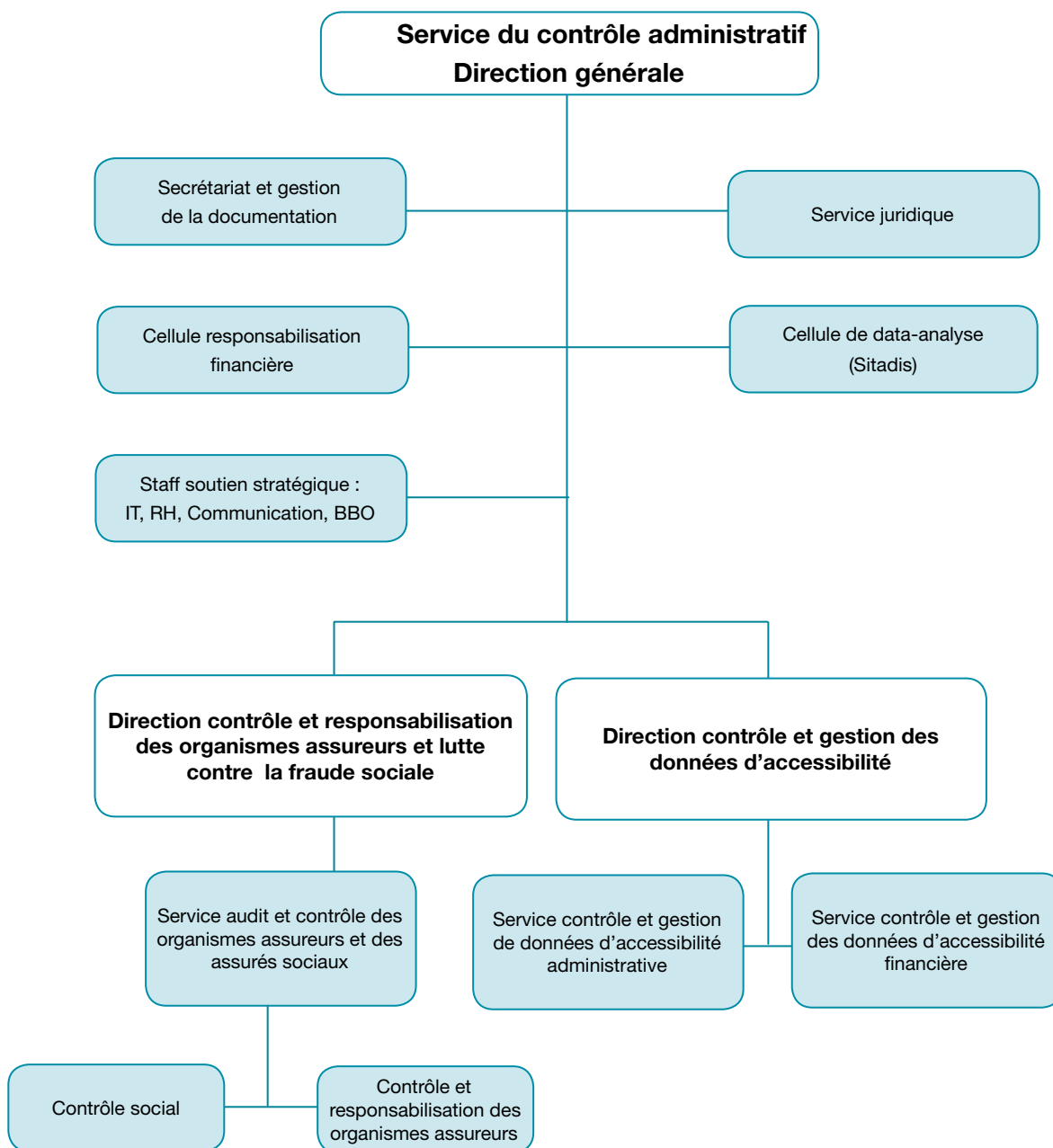
2. Responsabilisation et régulation

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 SECRÉTARIAT 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 procès verbaux (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 leurs 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. La Cellule est coordonnée par un attaché inspecteur social - expert (A2).

Ce groupe de travail avait été initialement nommé « Cellule de data-analyse » et a ensuite été rebaptisé « Sitadis¹ ».

Sitadis a été constituée dans le but d'augmenter la proportion des dossiers contrôlés par le SCA et de soutenir la réorientation des activités de contrôle.

De façon proactive, Sitadis recherche :

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

Pour pouvoir remplir ces missions, Sitadis utilise au maximum les techniques d'analyse de risques, de datamatching (croisement des flux de données) et de datamining (analyse approfondie des flux de données).

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. Ce Comité est composé du fonctionnaire dirigeant, des directeurs des services concernés, du coordinateur IT et du coordinateur de la Cellule Sitadis.

SUPPORT STRATÉGIQUE

Le Staff de soutien stratégique est composé d'une équipe de 3 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.

1. Le nom « Sitadis » est formé des initiales des mots suivants : Sociale-inspectieteam voor de analyse van data / Team pour l'analyse de données par l'inspection sociale.

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 O.A.**

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

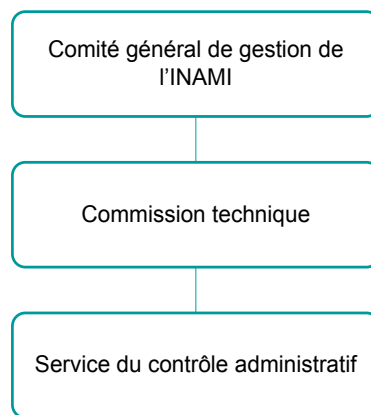
Tableau 1 : Répartition des membres du personnel par fonction et par localisation administrative (situation au 31 décembre 2016)

Membres du personnel par fonction	Nombre total	Administration centrale	Externes (centres régionaux et mutualités)	Détachés
Fonctionnaire dirigeant	1	1		
Conseiller inspecteur social	2	2		
Conseiller	4	3		1
Attaché inspecteur social	43		42	1
Attaché juriste	5	5		
Attaché	7	7		
Expert technique - contrôleur social	30		30	
Expert technique - inspecteur social	1		1	
Collaborateur administratif	8	8		
Assistant administratif	41	41		
Expert administratif	4	4		
Total	146	71	73	2

IV. Concertation

Commission technique

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



La Commission technique :

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



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

2^e Partie

Rétro 2016



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

Enfin, ce chapitre décrit les réalisations de la Cellule de data-analyse (Sitadis) en vue d'optimiser les contrôles du SCA précités notamment grâce aux techniques d'analyse de risques, de datamatching (croisement des flux de données) et de datamining (analyse approfondie des flux de données).



En 2016, le SCA a contrôlé plus de 20.000 dossiers individuels :

- Les inspecteurs sociaux ont notamment vérifié 9.415 cas lors des contrôles thématiques au sein des O.A. et des mutualités, 2.888 cas dans le cadre des actions de lutte contre la fraude sociale et environ 6.500 autres dossiers individuels.
- Les contrôleurs sociaux ont vérifié 1.984 cas plus spécifiquement dans le cadre des opérations de lutte contre le travail au noir, parmi lesquels 260 cas au cours du contrôle thématique relatif aux assurés sociaux et 1.724 dossiers d'enquêtes.

De plus, le SCA a notamment contrôlé les données qui prouvent que les conditions sont remplies pour octroyer certains avantages sociaux. A titre d'exemple, citons :

- 1.645.094 ménages ayant fait l'objet d'un contrôle au niveau de leur composition dans le cadre du droit au maximum à facturer (MAF).
- 797.440 bénéficiaires ayant fait l'objet d'un contrôle pour obtenir la prolongation du droit à l'intervention majorée (I.M).

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.



Les sanctions à charge des O.A. sont reprises dans le présent rapport (Cf. 2^e partie, II., 2.)

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.



Des données statistiques relatives à ces contrôles thématiques sont reprises dans le présent rapport (cf. 3^e partie, I., 1.).



En 2016, le SCA a porté son attention sur 3 thématiques de contrôle au sein des O.A. et mutualités :

- Montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A. (article 195 de la loi SSI)
- Indemnisation à partir du 1^{er} jour du 7^e mois de l'incapacité de travail-octroi des minima
- Intervention majorée de l'assurance soins de santé.

a. 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'OCM.



Plus d'informations dans le chapitre relatif à la responsabilisation financière des O.A. (cf. 2^e partie, II., 1.).

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., 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 2016.

Tableau 2 : Montants perçus et récupérés en 2016 dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A. – 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	5.019	2.492.810,65	4.690	93,44 %	329	6,56 %	187.296,68	7,51 %
> 5.000 EUR	481	3.624.565,45	404	83,99 %	77	16,01 %	367.470,49	10,14 %

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 2016 le pourcentage de cas erronés et de montants rejetés pour cette catégorie reste également élevé et supérieur aux cas sélectionnés au hasard.

b. Indemnisation à partir du 1^{er} jour du 7^e mois de l'incapacité de travail- octroi des minima

PRINCIPE

Le SCA a réalisé, en 2016, un contrôle thématique dans le cadre de l'assurance indemnités.

Au terme de l'examen des dispositions réglementaires relatives à l'assurance SSI et de la réalisation d'un contrôle exploratoire, le choix du thème du contrôle s'est porté sur la problématique de l'octroi des minima à partir du 1^{er} jour du 7^e mois de l'incapacité de travail, en particulier sur la notion de travailleur régulier.

L'examen approfondi des dispositions réglementaires relatives à la notion de travailleur régulier est apparu particulièrement utile, cette matière au caractère complexe n'ayant jamais fait l'objet d'un contrôle thématique spécifique et le sujet n'ayant plus fait l'objet d'une circulaire depuis 1983 (circulaire O.A. n°83/218 – 424/9 du 10 juin 1983) et ce, nonobstant diverses modifications légales et réglementaires.

Pour rappel, le siège de la matière relatif à la qualité de travailleur régulier est inscrit à l'article 224 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

4 conditions y sont prévues pour bénéficier de la qualité de travailleur :

- avoir la qualité de titulaire des indemnités depuis 6 mois au moins au début de l'incapacité de travail
- totaliser au cours de la carrière professionnelle au moins 120 jours de travail ou assimilés (ou à défaut 400 heures de travail ou assimilées si le titulaire a la qualité de travailleur à temps partiel, intermittent ou saisonnier)
- totaliser au cours d'une période de référence un nombre de jours de travail ou assimilés correspondant au moins aux 3/4 des jours ouvrables de la période envisagée (ou si le titulaire a la qualité de travailleur à temps partiel, intermittent ou saisonnier, totaliser au moins 28 heures de travail ou assimilées par semaine)
- justifier pour l'ensemble des jours ouvrables de la période de référence d'une rémunération journalière moyenne minimale qui varie selon l'âge.

L'objectif principal du contrôle thématique a été de vérifier si les mutualités appliquent correctement et uniformément les dispositions de l'article précité.

Il faut également noter que pour la première fois, le contrôle thématique a été réalisé en lien avec le nouveau système de responsabilisation financière des O.A. visant à stimuler l'application des bonnes pratiques dans la gestion de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.



Plus d'informations sur ce nouveau système dans le chapitre relatif à la responsabilisation financière des O.A. (cf. 2^e partie, II., 1.).

Le SCA a procédé au contrôle des cas en mutualité durant le second trimestre de l'année 2016.

MÉTHODE

Afin de rencontrer les finalités d'audit du contrôle thématique mais également de rencontrer les exigences liées à la responsabilisation financière, le contrôle s'est effectué d'une part, sur base d'un échantillon aléatoire et d'autre part, sur base de divers cas ciblés autrement dénommés datamatchings.

Dans ce cadre, ce sont au total 1.075 dossiers qui ont ainsi été examinés.

Echantillon aléatoire

Sur le plan méthodologique, la population cible concernée par l'échantillon aléatoire se définit comme l'ensemble des assurés qui sont passés au 7^e mois d'incapacité primaire au plus tard le 31 décembre 2014, qui ne sont pas encore reconnus invalides au 31 décembre 2014, qui bénéficient d'indemnités non réduites en application de l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ou de l'article 136, §2 de la loi SSI ou d'un élément d'extranéité (convention internationale, règlement européen,...) et dont l'indemnité journalière est inférieure ou égale à l'indemnité minimale due au travailleur régulier.

Pour constituer les échantillons des cas à examiner en mutualité, le SCA a décidé de retenir 3,5 % de la population concernée de chaque mutualité avec un nombre minimal de 3 cas à examiner par mutualité lorsque c'était envisageable.

Une sélection aléatoire a été opérée au sein des dossiers à examiner pour chaque mutualité. Compte tenu de cette méthodologie, ce sont au final 799 cas qui ont été analysés en mutualité.

Datamatchings

Au sein des diverses conditions pour obtenir la qualité de travailleur régulier, des croisements de données (datamatchings) ont été effectués.

La population cible concernée par les datamatchings se définit comme l'ensemble des titulaires pour lesquels une indemnité minimale au taux travailleur régulier a été payée pendant au moins un jour durant le second semestre de l'année 2014 (= 6.970 titulaires).

Les 4 datamatchings sélectionnés ont porté sur :

- le titulaire ne remplissant apparemment pas la condition d'être titulaire des indemnités depuis au moins 6 mois au début du risque prévue par l'article 224 §1^{er}, 1 alinéa 1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
- le chômeur en allocation d'attente (code W) ne remplissant apparemment pas la condition des 120 jours de travail (ou à défaut 400 heures) prévue par l'article 224 §1^{er}, 1 alinéa 2 et 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
- le travailleur à temps partiel ne remplissant apparemment pas la condition d'heures prévue par l'article 224 §1^{er}, 2 alinéa 6 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (= au moins 28 heures par semaine)
- le chômeur à temps partiel volontaire bénéficiant de demi-allocations de chômage.

Un total de 276 dossiers ont été contrôlés : 13 dans le cadre du 1^{er} datamatching, 99 dans le cadre du 2^e datamatching, 96 dans le cadre du 3^e datamatching et 68 dans le cadre du 4^e datamatching.

RÉSULTATS

Chiffres globaux

Dans le tableau ci-dessous, on entend par « cas exacts », les dossiers qui ont fait l'objet d'une indemnisation correcte.

Par « cas erronés », on entend la somme du nombre de cas fautifs (dossiers dont l'indemnisation s'est avérée erronée) et du nombre de cas à réexaminer (dossiers pour lesquels il n'a pas été possible à l'issue du contrôle de déterminer si l'indemnisation était ou non correcte et ce, compte tenu du caractère incomplet du dossier en mutualité).

Tableau 3 : Indemnisation à partir du 1^{er} jour du 7^e mois de l'incapacité de travail-octroi des minima – Résultats globaux

	Cas exacts		Cas erronés		
	Nombre	%	Nombre	%	
Total	1.075	873	81,21 %	202	18,79 %

Parmi les 1.075 cas contrôlés, un taux moyen d'erreur de 18,79 % a pu être constaté.

Echantillon aléatoire

Parmi les 799 cas contrôlés au sein des mutualités, 105 se sont avérés erronés, soit une moyenne de 13,14 %.

Tableau 4 : Indemnisation à partir du 1^{er} jour du 7^e mois de l'incapacité de travail-octroi des minima – Résultats de l'échantillon aléatoire

Échantillon	Cas exacts		Cas erronés		
	Nombre	%	Nombre	%	
Total	799	694	86,86 %	105	13,14 %

L'impact financier des 105 cas erronés représente d'une part, un montant de 98.052,96 EUR pour ce qui concerne les suppléments et d'autre part, un montant de 47.929,13 EUR pour ce qui concerne les indus. Concernant ce dernier montant, on relèvera que 47.069,98 EUR sont visés par les dispositions de l'article 17 de la Charte de l'Assuré social.

Parmi les causes principales d'erreur, on citera :

- la mauvaise application d'une ou de plusieurs des 4 conditions d'octroi de la qualité de travailleur régulier
- la non-application des mesures de garantie portées par divers textes du règlement des indemnités (articles 42 et 43 du règlement des indemnités)
- les périodes non correctement indemnisées quand bien même la mutualité a procédé à une analyse correcte de la qualité de travailleur régulier
- la non-prise en compte d'une cause d'exclusion ne permettant pas au titulaire de bénéficier de la qualité de travailleur régulier ou d'une indemnité minimale.

Datamatchings

Parmi les 276 cas contrôlés au sein des mutualités dans le cadre des 4 datamatchings, 97 se sont avérés erronés, soit une moyenne de 35,14 %

Tableau 5 : Indemnisation à partir du 1 ^{er} jour du 7 ^e mois de l'incapacité de travail-octroi des minima – Résultats des 4 datamatchings					
Échantillon	Cas exacts		Cas erronés		
	Nombre	%	Nombre	%	
Total	296	179	64,86 %	97	35,14 %

L'impact financier de ces 97 cas erronés s'élève à 6.483,87 EUR pour les suppléments et à 159.933,07 EUR pour les indus dont un montant de 154.703,63 EUR visé par les dispositions de l'article 17 de la Charte de l'Assuré social.

Parmi les causes principales d'erreur, on citera :

- l'octroi de la qualité de travailleur régulier alors que la condition d'heures et/ou condition de rémunération n'est/ne sont pas remplie(s)
- la non-application de la mesure de garantie portée par l'article 42 du règlement des indemnités
- l'octroi de la qualité de travailleur régulier alors que le titulaire ne totalise pas 120 jours ou à défaut 400 heures de travail.

c. Intervention majorée

PRINCIPE

Une réforme globale de l'intervention majorée (I.M.) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014. L'objectif de cette réforme est d'améliorer l'accessibilité et l'efficacité de l'I.M. La modification de la loi SSI par la loi-programme du 29 mars 2012 et l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'I.M. de l'assurance soins de santé définissent les principes et les conditions du nouveau mécanisme d'octroi de l'I.M.

Suite à la réforme de la réglementation relative à l'I.M. au 1^{er} janvier 2014, la Direction contrôle et responsabilisation des O.A. du SCA a estimé opportun d'organiser dans le courant de l'année 2016 un contrôle thématique sur le respect et l'application correcte de cette législation par les O.A.

Ce contrôle thématique portait plus spécifiquement sur :

- l'ouverture du droit à l'I.M. sur la base de l'avantage « revenu d'intégration sociale instauré par la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale ou soutien accordé par un Centre public d'aide sociale (CPAS) et partiellement ou entièrement pris en charge par l'autorité fédérale »
- l'application correcte du contrôle intermédiaire pour l'indicateur « être en incapacité de travail ou en chômage contrôlé depuis un an sans interruption »
- l'application correcte du contrôle intermédiaire pour l'indicateur « bénéficiaire d'une indemnité d'invalidité ».

METHODE

Comme indiqué précédemment, une réforme globale de l'I.M. est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014. L'objectif de cette réforme est d'améliorer l'accessibilité et l'efficacité de l'I.M.

Afin de mieux délimiter l'objet du contrôle thématique, une analyse théorique de la réforme de l'I.M. a d'abord été réalisée.

Une analyse pratique a ensuite été réalisée. Elle a permis de retenir les thèmes suivants pour le contrôle final :

- l'ouverture du droit à l'I.M. sur la base de l'avantage « revenu d'intégration sociale instauré par la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale ou soutien accordé par un CPAS et partiellement ou entièrement pris en charge par l'autorité fédérale »
- le contrôle intermédiaire pour l'indicateur « être en incapacité de travail ou en chômage contrôlé depuis un an sans interruption »
- le contrôle intermédiaire pour l'indicateur « bénéficiaire d'une indemnité d'invalidité ».

Au cours du 2^e trimestre 2016, des discussions ont été menées avec les O.A. pour examiner les procédures qu'ils utilisent en matière de contrôle intermédiaire.

Tous les cas avec ouverture du droit à l'I.M. en 2015 sur la base du revenu d'intégration sociale et tous les cas avec ouverture du droit à l'I.M. en 2014 sur la base d'un indicateur dont le droit à l'I.M. n'a pas été retiré avant le 30 juin 2015 ont été demandés aux O.A. au cours du 3^e trimestre de 2016.

Dans le fichier des cas reçus, la population suivante a été sélectionnée :

- titulaires avec ouverture du droit à l'I.M. en 2015 sur la base du revenu d'intégration sociale
- titulaires avec ouverture du droit à l'I.M. en 2014 sur la base de l'indicateur « être en incapacité de travail ou en chômage contrôlé depuis au moins un an » dont le droit à l'I.M. n'a pas été retiré avant le 30 juin 2015
- titulaires avec ouverture du droit à l'I.M. en 2014 sur la base de l'indicateur « bénéficiaire d'une indemnité d'invalidité » dont le droit à l'I.M. n'a pas été retiré avant le 30 juin 2015.

Pour les titulaires avec ouverture du droit en 2015 sur la base du revenu d'intégration sociale, un groupe de 2 % de cas à contrôler, avec un minimum de 20 cas, a été sélectionné par mutualité au moyen d'un échantillon aléatoire. Dans les mutualités dont le nombre de cas était inférieur à 20, tous les cas ont été contrôlés.

Pour les titulaires avec ouverture du droit à l'I.M. en 2014 sur la base de l'indicateur « être en incapacité de travail ou en chômage contrôlé depuis au moins un an » et les titulaires avec ouverture du droit à l'I.M. en 2014 sur la base de l'indicateur « bénéficiaire d'une indemnité d'invalidité » dont le droit à l'I.M. n'a pas été retiré avant le 30 juin 2015, un groupe de 1 % de cas à contrôler, avec un minimum de 10 cas, a été sélectionné au moyen d'un échantillon aléatoire par mutualité et pour chaque indicateur. Dans les mutualités dont le nombre de cas était inférieur à 10, tous les cas ont été contrôlés.

Les cas qui figuraient dans la sélection, mais qui ne concernaient pas une ouverture réelle du droit à l'I.M. en 2015 sur la base du revenu d'intégration sociale ont été remplacés pendant le contrôle par d'autres cas, pour autant que ceux-ci étaient disponibles.

Les cas qui figuraient dans la sélection, mais qui ne concernaient pas une ouverture réelle du droit à l'I.M. en 2014 sur la base de l'indicateur « être en incapacité de travail ou en chômage contrôlé depuis au moins un an » ou sur la base de l'indicateur « bénéficiaire d'une indemnité d'invalidité » dont le droit à l'I.M. n'a pas été retiré avant le 30 juin 2015, ont été remplacés pendant le contrôle par d'autres cas, pour autant que ceux-ci étaient disponibles.

RESULTATS

Sur les 3 thèmes retenus, un total de 2.840 cas ont été contrôlés. 178 cas erronés ont été constatés, ce qui donne un pourcentage d'erreur global de 6,27 %.

Tableau 6 : Intervention majorée – Nombre de cas contrôlés					
Cas exacts	Cas erronés			Total	Pourcentage d'erreur
	Revenu d'intégration sociale	Contrôle intermédiaire : chômage/incapacité de travail	Contrôle intermédiaire : bénéficiaire de l'indemnité d'invalidité		
2.662	141	29	8	2.840	6,27 %

1.581 cas bénéficiant d'un revenu d'intégration sociale ont été étudiés, 141 cas erronés ont été constatés, ce qui donne un pourcentage d'erreur de 8,92 %. Ces cas erronés concernaient principalement des erreurs au niveau de l'ouverture du droit à l'I.M. (=133). Ainsi, il a été constaté dans 70 cas que le droit à l'I.M. avait été ouvert trop tard, compte tenu des flux disponibles A036 (flux de données dans lesquels le CPAS notamment indique la période du droit au revenu d'intégration sociale). Dans 38 cas, il n'a pas été tenu compte d'une modification du flux A036 et dans 25 cas, l'intéressé n'avait pas bénéficié de 3 mois complets ininterrompus de revenu d'intégration sociale lors de l'ouverture du droit à l'I.M. Les autres erreurs étaient entre autres des erreurs en matière de composition de ménage et de modification de la composition de ménage.

Comme mentionné dans la partie « Méthodologie », des discussions ont été menées au cours du 2^e trimestre de 2016 avec les O.A. pour examiner les procédures qu'ils utilisent en matière de contrôle intermédiaire. Il est ressorti de ces discussions que le contrôle de la présence d'un indicateur est géré de façon plutôt centralisée par les O.A. et que les dossiers sont ensuite suivis par les mutualités.

Dans le volet relatif au contrôle intermédiaire, 697 cas « 1 an de chômage et/ou d'incapacité de travail » ont été contrôlés et 29 cas erronés ont été constatés, ce qui correspond à un pourcentage d'erreur de 4,16 %.


Dans le volet relatif au contrôle intermédiaire, 562 cas « bénéficiaire d'une indemnité d'invalidité » ont été contrôlés et 8 cas erronés ont été constatés, ce qui correspond à un pourcentage d'erreur de 1,42 %.

Les cas erronés en ce qui concerne le contrôle intermédiaire étaient pour les 2 indicateurs principalement des erreurs au niveau de la présence d'un indicateur au 30 juin 2015. Ainsi, dans 24 cas, les O.A. ont constaté erronément qu'à la date du 30 juin 2015, il y avait encore un indicateur pour l'intéressé ou pour un membre de son ménage. Dans 4 cas, les O.A. ont constaté erronément qu'à la date du 30 juin 2015, il n'y avait pas d'indicateur pour l'intéressé ou pour un membre de son ménage. Les autres erreurs étaient entre autres des erreurs en matière de composition de ménage et de modification de la composition de ménage.

Les résultats de ce contrôle thématique permettent de constater que les mutualités gèrent bien les dossiers relatifs à l'I.M. sur la base de l'avantage « revenu d'intégration sociale ».


Les résultats montrent également que le « nouveau » contrôle intermédiaire est organisé et géré efficacement par les O.A. et les mutualités.


2. Contrôles thématiques et actions de lutte contre la fraude sociale des assurés sociaux


 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 sociaux 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 assujettissements frauduleux à la sécurité sociale
- les fraudes portant sur le domicile
- les séjours irréguliers à l'étranger.

 Au 31 décembre 2016, le SCA comptait 46 inspecteurs sociaux (dont 2 conseillers) chargés de contrôler les mutualités et de lutter contre la fraude sociale et 30 contrôleurs sociaux chargés de mener des opérations plus spécifiques contre le travail au noir dans tout le pays.

 En 2016, le SCA a constaté des cas de fraude sociale pour un montant de plus de 5 millions d'euros. L'infraction la plus fréquente est le travail au noir par des personnes bénéficiant d'indemnités INAMI (2.487.212,22 EUR). Elle est suivie par la fraude au domicile (1.018.411,92 EUR), les cas de fraude avec employeurs fictifs (941.364,52 EUR), le cumul interdit d'allocations (770.001,41 EUR) et les séjours irréguliers à l'étranger (52.566,87 EUR).

 Les sanctions à charge des assurés sociaux pour cause de fraude sociale et prononcées par le fonctionnaire dirigeant du SCA sont reprises dans le présent rapport (Cf. 2^e partie, II., 2.) .

 Des données statistiques relatives aux actions de lutte contre la fraude sociale sont reprises dans le présent rapport (Cf. 3^e partie, I., 2.).

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

Outre les contrôles thématiques décrits précédemment, le SCA réalise 2 autres contrôles thématiques au sein des O.A. dans le cadre plus spécifique de la lutte contre la fraude sociale des assurés sociaux.

Il s'agit des contrôles thématiques relatifs aux croisements de données (datamatching) suivants :

- datamatching entre les indemnités d'invalidité et les données de l'ONSS (Dmfa)
- datamatching entre les indemnités d'incapacité primaire et les données de l'ONSS (Dmfa).

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 2015 ont toutefois permis de constater que ces procédures internes aux O.A. étaient susceptibles d'améliorations. En 2016, le SCA a réitéré son travail de recherche des cumuls d'indemnités d'incapacité de travail avec 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, le SCA a croisé les données contenues dans les déclarations DmfA avec, d'une part, les dépenses d'invalidité (documents P10 et P141) de l'année 2014 et, d'autre part, les dépenses d'incapacité primaire (documents C21 et C421) du 1^{er} et du 2^e trimestre 2015.

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 en 2016 :

- 450 cas d'invalidité relatifs à l'année de dépenses 2014 :
 - 244 cas de cumul avec une activité non autorisée par le médecin-conseil
 - 206 cas où il ne s'agissait pas de fraude sociale.
- 1.032 cas d'incapacité primaire relatifs au 1^{er} et au 2^e trimestre 2015 :
 - 821 cas de cumul avec une activité non autorisée par le médecin-conseil
 - 211 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 7 : Cumuls interdits en invalidité – Année de dépenses 2014 – 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	244	216	88,5 %	28	11,5 %	170.581,10

A l'occasion de ces contrôles, des constatations pour un montant total de 31.950,01 EUR ont aussi été effectuées pour d'autres problématiques que des activités non autorisées.

L'indu total (activités non autorisées et motifs autres) constaté par le SCA lors de ce contrôle s'élève à **202.531,11 EUR**.

Tableau 8 : Cumuls interdits en incapacité primaire – Dépenses du 1^{er} et du 2^e trimestre 2015 – 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	821	683	83 %	138	17 %	422.759,13


A l'occasion de ces contrôles, des constatations pour un montant total de 144.711,17 EUR ont aussi été effectuées pour d'autres problématiques que des activités non autorisées.

L'indu total (activités non autorisées et motifs autres) constaté par le SCA lors de ce contrôle s'élève à **567.470,30 EUR**.

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 9 : Cumuls interdits en invalidité 2006-2014 – Cas examinés, cas erronés et indu total

Année de référence des données	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
2014	244	28	11,5 %	170.581,10

 Les mutualités effectuent elles aussi des contrôles de leur propre initiative, qui donnent également lieu à des récupérations substantielles. Par ailleurs, les personnes reconnues en incapacité de travail sont également contrôlées par les médecins-conseils des mutualités.

Ce tableau comparatif fait apparaître une diminution 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 2014, le taux de 11,5 % d'erreur n'est pas encore satisfaisant.

Tableau 10 : Cumuls interdits : dépenses en incapacité primaire 2013-2015 – Cas examinés, cas erronés et indu total				
	Total cas examinés	Nombre de cas erronés	%	Indu total (en EUR)
Activité non-autorisée				
3 ^e et 4 ^e trimestres 2013	958	264	28 %	854.658,84
1 ^{er} et 2 ^e trimestres 2015	821	138	17 %	422.759,13

En incapacité primaire également, la 2^e opération montre déjà une très sensible diminution du nombre de cas erronés, du pourcentage d'erreur et du montant total payé indûment, quoiqu'un taux d'erreur de 17 % reste encore insatisfaisant.

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.

b. Cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une activité non autorisée et non déclarée (travail au noir)

Dossiers d'enquêtes

PRINCIPE

Au sens de l'article 100 de la loi SSI et des dispositions de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, le travailleur salarié ou indépendant 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. Lorsqu'il reprend une activité à temps plein, il doit en avvertir sa mutualité.

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

MÉTHODE

Le SCA reçoit :

- des plaintes notamment via le Point de contact pour une concurrence loyale²
- des demandes d'enquête des auditorats du travail
- des procès-verbaux (P.V.) d'autres services d'inspection
- des demandes d'enquête d'autres services de l'INAMI
- des demandes d'enquête 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.

2. Le Point de contact pour une concurrence loyale est détaillé dans le présent rapport, Cf. 2e partie, II., 2., g.

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 P.V. de constat d'infraction .

Les P.V. de constat d'infraction sont transmis aux O.A. afin que :

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

Dans le cadre de leur mission de la lutte contre la fraude sociale, les contrôleurs sociaux du SCA 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.

Les inspecteurs sociaux du SCA, 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.



Les sanctions à charge des assurés sociaux pour cause de fraude sociale et prononcées par le fonctionnaire dirigeant du SCA sont reprises dans le présent rapport (Cf. 2^e partie, II., 2.).



Les demandes d'enquêtes sont passées de 1.327 en 2015 (dont 450 « non recevables ») à 1.724 en 2016 (dont 764 « non recevables »), soit une augmentation d'environ 30 %.

RÉSULTATS

En 2016, le SCA a reçu 1.724 nouvelles demandes, dont 764 « non recevables » (44,32 %). Les nouvelles demandes sont subdivisées en différentes catégories selon l'origine de la demande :

Tableau 11 : Cumul avec une activité non autorisée – Origines des nouvelles demandes 2016		%
Requête de l'autorité judiciaire, essentiellement l'auditorat du travail		21,06 %
Requête d'un service de l'INAMI		0,29 %
Demande des O.A.		0,52 %
Rapports d'un autre service d'inspection sociale		15,55 %
Plaintes ou déclarations de citoyens		59,22 %
Propre initiative		1,86 %
Constatations d'autres services dans le cadre d'actions communes de contrôle		1,51 %

Au terme d'une 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 : Cumul avec une activité non autorisée – Nombre d'enquêtes terminées en 2016 réparties selon le résultat de l'enquête			
Pro Justitia	Avertissement	Sans suite	Total
308	91	432	831



Le pourcentage de constatations d'infraction est demeuré presque identique à celui de 2015 (48,5 %).

Les 399 enquêtes qui ont abouti à une constatation d'infraction représentent 48 % des 831 dossiers terminés en 2016 :

- 77,19 % ont mené à un P.V.
- 22,81 % 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.

Suite aux enquêtes effectuées par les contrôleurs sociaux en 2016 et durant les années antérieures, les indus constatés en 2016 par les inspecteurs sociaux et notifiés aux O.A. par le SCA dans ce domaine s'élèvent à un total de **2.487.212,22 EUR** et se répartissent comme suit :

Tableau 13 : Cumul avec une activité non autorisée – Nombre de constatations et montant total des indus en 2016				
	Secteur soins de santé		Secteur indemnités	
	Nombre de constatations	Indus (en EUR)	Nombre de constatations	Indus (en EUR)
Total	23	82.794,04	322	2.404.418,18

Zoom sur l'enquête relative aux ferrailleurs

Parmi les demandes d'enquête de 2016, il faut noter que sur les 363 dossiers reçus de l'auditorat du travail, 77 d'entre eux (21 %) concernaient des constats dans le cadre d'une opération spécifique menée par la Cellule d'arrondissement de Liège entre 2013 et 2014 dans le secteur des ferrailleurs.

Suite à l'interpellation de 44 revendeurs de ferraille à des sociétés de recyclage et de dépôt en province de Liège, les banques de données de ces sociétés ont été saisies. Les données ont été comparées avec celles des banques de données d'organismes de sécurité sociale, dont l'INAMI, pour détecter d'éventuels cumuls illégaux avec des allocations sociales.

Les résultats de l'analyse des données ont révélé que 77 personnes ayant réalisé des dépôts de marchandise bénéficiaient d'indemnités d'incapacité de travail. Parmi ces 77 cas transmis au SCA pour vérification, 3 personnes n'étaient plus en incapacité de travail. Les contrôleurs sociaux du SCA ont donc classé ces dossiers comme « non recevables ». Pour les autres cas, les contrôleurs sociaux ont demandé aux sociétés de dépôt le relevé des ventes de ferraille actualisé depuis 2014, à la suite de quoi 2 personnes ont reçu un avertissement et 22 individus ont reçu un P.V. de constat d'infraction. Pour les cas restants, l'enquête se poursuit en 2017.

Contrôle thématique relatif au « contrôle technique automobile »

Depuis 2014, le SCA a étendu le concept du contrôle thématique aux compétences des contrôleurs sociaux chargés de mener des opérations contre le travail au noir.

En octobre 2016, en plus des dossiers d'enquêtes, les contrôleurs sociaux ont réalisé un contrôle thématique relatif au « contrôle technique automobile ».

L'objectif principal du contrôle thématique était de vérifier :

- le statut des chauffeurs se rendant au contrôle technique et donc les éventuels cumuls avec des indemnités
- le respect des obligations par les employeurs (notamment la DIMONA).

PRINCIPE

Des titulaires indemnissables (assurés en incapacité de travail ou chômeurs) sont parfois chargés par des propriétaires de voitures ou par des garagistes de présenter des véhicules automobiles dans les centres de contrôle technique.

Si un titulaire indemnissable ne bénéficie pas d'une autorisation adéquate lorsqu'il présente le véhicule au centre de contrôle technique pour le compte d'autrui, alors il commet une infraction pour cause d'activité non autorisée.

MÉTHODE

Les contrôleurs sociaux ont déterminé par équipe provinciale et en concertation avec les coordinateurs d'équipes dans quels centres de contrôle technique automobile les contrôles seraient effectués et combien de personnes par centre seraient interrogées.

Chaque contrôleur devait contrôler 10 personnes en équipe. Aucun encadrement policier ne devait être nécessaire sauf en cas de difficultés individuelles.

Lors du contrôle, plusieurs chauffeurs suspectés de présenter un véhicule au contrôle technique pour le compte d'autrui ont été contrôlés, à savoir :

- soit les chauffeurs de véhicules portant une plaque d'immatriculation Z (« plaque d'immatriculation commerciale »)
- soit les chauffeurs de véhicules à usage commercial (camionnettes, camions, bus, etc.).

Dès lors, aucun chauffeur présentant un véhicule ordinaire portant une plaque d'immatriculation standard n'a été contrôlé.

Dans les cas où ces chauffeurs étaient titulaires indemnisables en incapacité de travail, les contrôleurs sociaux étaient habilités à exercer leur pleine compétence dans le cadre de ce contrôle thématique. Cela signifie qu'ils pouvaient procéder à la rédaction d'un procès-verbal de constatation d'une infraction pour activité non autorisée.

De même, les contrôleurs sociaux sont également intervenus vis-à-vis des employeurs en ce qui concerne la réglementation relative à la déclaration immédiate (DIMONA). A ce propos, les contrôleurs sociaux ont vérifié la procuration au moment du contrôle d'un véhicule portant une plaque d'immatriculation Z et dont le chauffeur n'était pas lui-même garagiste.

Cette procuration autorise le chauffeur à rouler avec un véhicule portant une plaque commerciale mais démontre également d'emblée l'existence d'une relation employeur-travailleur.

Si les chauffeurs n'étaient pas en incapacité de travail, il convenait de transmettre ces cas au service compétent.

Outre son effet de sanction, le contrôle thématique a également un effet de sensibilisation ou de prévention.

RÉSULTATS

Au total, 260 chauffeurs ont été contrôlés.

Dans la plupart des cas, il s'agissait :

- soit du propriétaire du véhicule³
- soit du chef d'entreprise
- soit du personnel

Le statut de sécurité sociale des cas contrôlés est réparti comme suit :

Tableau 14 : Contrôle thématique relatif au « contrôle technique automobile » – Statut des cas contrôlés	
Personne en incapacité de travail	8
Chômeur	10
Personne émergeant au CPAS	2
Pensionné	24
Personne à charge	3
Travailleur salarié	92
Travailleur indépendant	107
Fonctionnaire	0
Autres	14
Total	260

3. Dans ces cas, il s'agit généralement de véhicules à première vue utilisés à des fins commerciales mais qui sont néanmoins utilisés à des fins privées.

Sur les 8 personnes en incapacité de travail contrôlées :

- 4 cas relèvent d'une activité jugée comme étant non autorisée et ont donné lieu à la rédaction d'un e-PV (P.V. électronique) par les contrôleurs sociaux
- 4 autres dossiers sont restés sans suite : 1 personne avait l'autorisation du médecin-conseil d'exercer cette activité (conduite d'un véhicule automobile en vue de la présentation au contrôle technique), 2 personnes ont été contrôlées au volant de leur véhicule personnel et 1 personne ne bénéficiait pas d'indemnités le jour du contrôle.

Dans 14 cas, les contrôleurs sociaux ont constaté une relation employeur-travailleur non déclarée et un « e-PV DIMONA » a été dressé à l'intention de l'employeur. Dans 1 cas également, les contrôleurs ont donné un avertissement à l'employeur.

Dans 14 autres cas, les contrôleurs sociaux ont transmis l'audition de la personne concernée au service compétent :

- 10 dossiers relatifs à des chauffeurs bénéficiant d'allocations de chômage ont été transmis à l'ONEM
- 4 autres dossiers ont été transmis au CPAS, à l'ONSS et/ou à l'INASTI.

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 I.M 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 est saisi de cette problématique de différentes façons.

En 2016, le SCA a reçu :

- 411 plaintes via le Point de contact pour une concurrence loyale⁴, 539 dossiers via l'auditeur du travail, 180 plaintes directes et 83 dossiers via d'autres institutions de sécurité publique (par exemple à la suite d'un contrôle sur les allocations familiales). 77 dossiers ont été ouverts via le nouveau procédé⁵ de détection d'anomalies en matière de situation du ménage dans les données de consommation émanant des fournisseurs d'énergie et d'eau et des gestionnaires des réseaux de distribution.
- des demandes de renseignements au sujet d'assurés sociaux de la part des différentes zones de police locale.

Tout d'abord, le SCA procède à la vérification des données de la sécurité sociale et du Registre national des personnes physiques.

Après analyse de la pertinence des éléments qui y sont mentionnés, les plaintes sont anonymisées et envoyées à la zone de police locale compétente accompagnées de la déclaration de personne lésée⁶.

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 P.V. 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 2016, le SCA a identifié 103 cas dans le secteur des soins de santé (régularisation du droit à l'intervention majorée) pour lesquels un montant total de 10.196,68 EUR a été récupéré et 300 cas dans le secteur des indemnités pour un indu de 1.008 215,24 EUR, soit un indu total de **1.018.411,92 EUR**.

ÉVOLUTION

Le SCA est continuellement à la recherche de nouvelles manières de détecter la fraude au domicile, en utilisant des méthodes de croisement des données et en collaborant avec des partenaires externes et d'autres services d'inspection sociale.

L'accord de coopération entré en vigueur le 1^{er} septembre 2013 entre les différents services concernés par la lutte contre ce type de fraude, la création du Point de contact pour une concurrence loyale créé en 2015 et la collaboration des fournisseurs d'énergie et d'eau et des gestionnaires des réseaux de distribution⁷ ont permis de renforcer le contrôle de la fraude au domicile.



Par rapport à 2015, le SCA a procédé à la récupération dans 31 % de dossiers supplémentaires tant dans le secteur des soins de santé que dans celui des indemnités. Le montant indu total a augmenté de 23 % en passant de 825.447,00 EUR en 2015 à 1.018.411,92 EUR en 2016.

4. Le Point de contact pour une concurrence loyale est détaillé dans le présent rapport, cf. 2e partie, II., 2., g.

5. Loi programme du 29 mars 2012 concernant le contrôle de l'abus d'adresses fictives par les bénéficiaires de prestations sociales, en vue d'introduire la transmission systématique de certaines données de consommation de sociétés de distribution et de gestionnaire de réseaux de distribution vers la BCSS améliorant le datamining et le datamatching dans la lutte contre la fraude sociale

6. Prévues à l'art. 5bis du titre préliminaire du code d'instruction criminelle.

7. Loi programme du 29 mars 2012, op. cit.

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.

RÉSULTATS

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de constatations réalisées en 2014, 2015 et 2016.

Année	Cas en indemnités	Indu en indemnités (en EUR)
2014	7	41.880,26
2015	8	56.004,37
2016	8	52.566,87

En 2016, les rapports de police transmis par les auditeurs du travail ont entraîné des constatations d'indus dans 8 cas pour un montant total de **52.566,87 EUR**.

Les résultats de la lutte contre les séjours irréguliers à l'étranger, pour laquelle le SCA est tributaire des dossiers qui lui sont transmis, sont stables.

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 2016, les mutualités ont reçu 435 dossiers.

RÉSULTATS

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de constatations réalisées en 2016 par secteur.

Tableau 16 : Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale – Nombre de constatations et indu total par secteur constatés en 2016				
	Secteur soins de santé		Secteur indemnités	
	Nombre de constatations	Indu total (en EUR)	Nombre de constatations	Indu total (en EUR)
Total	70	261.953,78	38	679.410,74

En 2016, en collaboration avec les autorités judiciaires, les O.A. et le SCA ont constaté un indu total de **941.364,52 EUR**.

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

f. Cas particulier : 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 2016, le SCA a envoyé 242 messages d'assujettissements erronés aux O.A. D'après le feedback des O.A., ils ont procédé en 2016 à la récupération d'indemnités dans 19 cas pour un montant total de 213.772,45 EUR. Les prestations de santé ont été récupérées dans 1 cas. Les autres cas ont été neutralisés sans conséquence financière pour l'assuré(e) concerné(e).

g. Point de contact pour une concurrence loyale

PRINCIPE

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 Service d'information et de recherche sociale (SIRS).



Il s'agit d'un site internet (<https://www.meldpuntsocialefraude.belgie.be/fr/index.html>) 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.

MÉTHODE

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 indemnissables en incapacité de travail, le SIRS transmet alors les signalements à l'INAMI et plus spécifiquement au 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.

RÉSULTATS

Tableau 17 : Nombre de signalements reçus par le SCA via le point de contact pour une concurrence loyale de 2015 à 2016

Année	Activités non déclarées	Domiciles fictifs	Nombre total de signalements reçus
2015 (octobre-décembre)	111	92	203
2016	450	411	861
Total	561	503	1.064

3. Contrôles à la demande, de suivi et d'initiative

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

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



Des données statistiques relatives aux contrôles à la demande et de suivi sont reprises dans le présent rapport (Cf. 3^e partie, I., 3.).



Le SCA reçoit des demandes d'enquête émanant d'autres services de l'INAMI et de partenaires externes.

De plus, le SCA assure le suivi de tous les dossiers qui font l'objet d'une constatation adressée à une mutualité.

Enfin, le SCA effectue des contrôles d'initiative en vue de développer de nouvelles pistes de contrôle.

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 ponctuellement aux inspecteurs sociaux l'examen de certains cas comme des mutations ou des cas d'assurabilité.

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 2016. 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
1.291	175	1.466

b. Contrôle de suivi

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

4.675 contrôles de suivi ont été effectués en 2016.

c. 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 I.M., du MAF, contrôle des cotisations personnelles, etc.

4. Contrôle et gestion des données d'accessibilité



Ce chapitre du rapport d'activités présente les réalisations de la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité du SCA. Il s'agit notamment :

- des contrôles systématiques du maximum à facturer et de l'intervention majorée
- du développement et de la gestion des flux de données ainsi que de la vérification de pièces justificatives pour octroyer des droits et avantages sociaux
- de la réalisation d'études et d'analyses sur les données d'assurabilité.

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 162bis 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.
- le 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'I.M.
 - des statistiques relatives aux mutations.

a. Contrôles systématiques du maximum à facturer

PRINCIPE

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

Il existe 2 catégories de MAF :

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

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



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

MÉTHODE

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

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

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

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

RÉSULTATS

Une année MAF se clôture 2 ans après l'année civile concernée étant donné que les attestations de soins peuvent être introduites jusqu'à 2 ans après la date de prestation. Exemple : les compteurs des tickets modérateurs pour l'année MAF 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 19 : MAF - Nombre de fichiers transmis, de ménages qui atteignent le montant plafonné de 450 EUR et d'erreurs dans la composition du ménage en 2016

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
2014	144	95.810	99	0,10 %
2015	160	543.185	1.289	0,24 %
2016	110	1.006.099	1.004	0,10 %
Total	414	1.645.094	2.392	0,15 %

b. Contrôle systématique de l'intervention majorée

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, etc. 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 feedback, 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 **1.861.396** personnes bénéficiaient de l'I.M. au 1^{er} janvier 2016.

Parmi ces bénéficiaires, **797.440** ont fait l'objet, en 2016, d'un contrôle systématique pour obtenir la prolongation du droit.

EVOLUTION

La réforme de l'I.M. 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.

Depuis 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 de « flux proactif ».

Ce « flux proactif » a pour but d'augmenter l'accessibilité des soins de santé : les mutualités recherchent elles-mêmes activement 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.

La gestion du « flux proactif » se poursuit en 2016.

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 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: 2016/380 du 22 décembre 2016
- les données et modalités sur les mutations individuelles : 2016/345 du 12 décembre 2016
- conjoint personne à charge - certificat de cohabitation - certificat de mariage: 2016/20 du 19 janvier 2016.

Cotisation

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

d. Élaboration des preuves d'assurabilité provisoires

Attestation d'assurabilité provisoire

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 3.749 demandes dans le courant de 2016. Le tableau ci-dessous présente une ventilation par type de demande.

Tableau 20 : Nombre de demandes relatives aux bons de cotisation en 2016, par type/cause	
Type de demande	Nombre de demandes
Demandes de duplicatas	2.873
Problèmes de qualité	31
Bon incomplet	9
Absence de bon	799
Problèmes d'identification	37

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 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 21 : Nombre de duplicatas d'attestations de pension demandés et délivrés en 2016

Nombre de demandes	1.257
Nombre de duplicatas délivrés	402

EVOLUTION

Le SCA a mis en œuvre un projet de révision du processus de délivrance des duplicatas d'attestations de pension. Ce projet trouve son origine dans l'arrêt envisagé de l'application informatique permettant au SCA de délivrer des duplicatas en cas de perte d'attestations de pension sur support papier en raison de son coût d'entretien élevé.

En vue de trouver une alternative moins coûteuse, la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité a analysé au sein de plusieurs groupes de travail internes les différents types de demandes liées au processus des duplicatas d'attestations de pension. Sur base de cette analyse, la Direction a réparti les dossiers en diverses catégories.

Il en ressort que les demandes de délivrance de duplicatas proprement dites ne constituent qu'une des nombreuses catégories de demandes.

Un duplicata est délivré :

- soit lorsqu'une attestation papier est égarée
- soit lorsque le flux électronique a échoué et que l'attestation n'est de ce fait pas parvenue à la mutualité.

D'autres types de demandes se sont révélées être :

- des demandes d'explications ou de précisions concernant des attestations électroniques ou papier existantes
- des demandes de paiement d'une pension de retraite qui n'ont pas abouti à la qualité de titulaire pensionné du fait qu'il s'agissait d'un autre type de pension.

Le Comité de pilotage de ce projet (composé de représentants des O.A., des instances des pensions, de la BCSS, du SCA et du SdSS de l'INAMI) a décidé d'effectuer une analyse plus globale et « LEAN »⁸ de ce processus en vue d'une plus grande efficacité et d'une réduction de la charge de travail.

Pour les différentes catégories de demandes, une analyse a été effectuée afin de vérifier s'il était possible de réduire le nombre ou d'éviter ces demandes.

Après analyse, il a ainsi été décidé :

- de ne plus produire de duplicatas pour les pensions de survie.
- de clarifier et de communiquer la répartition des tâches entre le SCA et le SdSS dans ce cadre
- de ne plus rendre obligatoire l'attestation originale ou un duplicata au niveau du nouvel O.A. après une mutation.

Ces différentes décisions permettraient une diminution substantielle des demandes formulées à la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité du SCA.

Ce projet a été achevé en 2016. Dès lors, la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité n'aura plus besoin de l'application informatique permettant la délivrance de duplicatas à partir du 1^{er} janvier 2017.

Les autres solutions proposées dans le cadre de ce projet ont été traitées sous forme de circulaires. Il s'agit de circulaires relatives :

- à l'inscription et à la mutation
- au processus d'introduction d'une demande d'attestation de pension (et des modèles de réponse que le service utilisera)
- aux preuves de qualité.

Ce projet offre d'importants avantages tant pour l'INAMI que pour les O.A. parmi lesquels :

- une économie sur les coûts de révision et d'entretien annuel de l'application informatique ainsi que sur les frais du personnel au sein de l'INAMI
- une plus grande efficacité et transparence au niveau de ces processus pour les collaborateurs de l'INAMI et les partenaires tels que les O.A.
- une diminution de la nécessité pour les O.A. d'introduire des demandes et donc de leur charge de travail suite aux solutions et précisions apportées par le SCA dans toute une série de circulaires.

e. 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.

8. Amélioration de l'efficacité par l'élimination des gaspillages et des activités sans valeur ajoutée.

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.

Ce rapport contribue aussi au ciblage des contrôles thématiques.

Le rapport est communiqué aux O.A. et sert de base pour la détection d'anomalies que la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité dissout en concertation avec les O.A.

f. Études et analyses des données d'assurabilité

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

 Des données statistiques relatives aux effectifs sont reprises dans le présent rapport (Cf. 3^e partie, II.).

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, 2 fois par an, un fichier anonymisé sur les effectifs à la Cellule data-management 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.

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

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 2016 au 1^{er} janvier 2017. Les nombres sont ventilés par catégorie MAF.

Tableau 22 : Nombre de bénéficiaires du MAF pour l'année MAF 2016 au 1 ^{er} janvier 2017	
Bénéficiaires du MAF	MAF 2016
MAF social	197.871
MAF revenus (450 EUR)	49.168
MAF revenus (650 EUR)	149.899
MAF revenus (1.000 EUR)	82.520
MAF revenus (1.400 EUR)	22.967
MAF revenus (1.800 EUR)	34.955
Allocations familiales majorées	31
Enfant âgés de moins de 19 ans	5.593
Total	543.004

g. Décisions en matière d'assurabilité : cas particuliers

PRINCIPE

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

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

Le SCA dresse en outre la liste des modalités de preuve pour certaines qualités ainsi que la liste des pièces justificatives pour les types de 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 23 : Décisions en matière d'assurabilité – Aperçu du nombre de demandes en 2016, ventilées par type de demande	
Inscription rétroactive – article 252, alinéa 6 de l'A.R. du 03-07-1996	33
Immunisation des périodes de séjour à l'étranger	142
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 et approbation de la preuve de cohabitation avec un conjoint à charge	15

h. 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 2016, elle a élaboré une circulaire fixant la valeur minimale des bons de cotisations pour 2016, à savoir : circulaire OA n° 2016/19 du 19 janvier 2016.

5. Optimisation des contrôles et croisement des données

La Cellule stratégique data-analyse du SCA (Sitadis), spécialisée dans le croisement des données (datamatching), lance notamment des idées et initiatives dans le but d'optimiser les missions de feed-back, d'évaluation et de contrôle du service.

Ce centre d'expertise collabore de manière transversale avec les différents services de l'INAMI et avec les partenaires externes dans le cadre des contrôles réalisés par le SCA et décrits précédemment.



Ce chapitre du rapport d'activités présente les réalisations de la Cellule Sitadis en vue d'optimiser les contrôles effectués par le SCA grâce aux techniques d'analyse de risques, de datamatching (croisement des flux de données) et de datamining (analyse approfondie des flux de données).

Tout d'abord, 2016 a été une année de renouveau pour Sitadis suite à la modernisation de la méthode de travail qui a amélioré la sécurité au niveau informatique et l'accès aux données. Désormais, Sitadis peut répondre plus rapidement aux demandes de datamatchings émanant des services de l'INAMI et d'acteurs externes (Cabinet du Secrétaire d'État à la Lutte contre la fraude sociale et autres institutions publiques). La réalisation, en 2016, de plusieurs datamatchings notamment au niveau des ménages présentant une consommation d'électricité étrangement élevée ou basse, des travailleurs temporaires de l'OTAN et des personnes pour lesquelles l'INASTI a procédé à la suppression d'une période d'activité indépendante, témoigne de cette optimisation.

Ensuite, Sitadis a participé à la préparation de plusieurs contrôles thématiques : « examen de la qualité de travailleur régulier dans le cadre de l'assurance indemnités », « datamatching invalidité » et « datamatching incapacité primaire ».

Sitadis a également, de sa propre initiative, développé une nouvelle piste de contrôle en matière d'indemnités de licenciement.

Enfin, Sitadis a effectué en 2016, à la demande du Conseil des ministres, le travail préparatoire de l'échange de données avec l'ONEM dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale.

a. Objectifs

Pour rappel (1^{ère} partie, III., 2., b.), Sitadis recherche de manière proactive :

- des éléments indicateurs de fraude sociale
- des sujets pour les contrôles thématiques dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A.
- des aspects de la législation susceptibles d'être à l'origine d'erreurs commises par les O.A.
- des domaines de contrôle intéressants dans 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 33 du Contrat d'administration 2016-2018 conclu entre l'Etat 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'ONSS, et ce dans la lignée de la note de politique du Secrétaire d'État à la lutte contre la fraude sociale 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 O.A. sont constitués d'une partie fixe attribuée sur la base des effectifs et d'une partie variable octroyée en fonction du degré de performance des O.A. Conformément à l'article 195, § 1^{er}, 2^o, alinéa 7, de la loi SSI, la partie variable est fixée à 10 % du montant annuel des frais d'administration. Les résultats des contrôles thématiques réalisés par le SCA sont pris en considération dans la détermination du montant de la partie variable des frais d'administration des O.A.

L'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des O.A. qui introduit un nouveau système concernant la détermination du montant des frais d'administration a été publié au Moniteur belge le 13 juin 2014.



Plus d'informations sur ce nouveau système dans le chapitre relatif à la responsabilisation financière des O.A. (cf. 2^e partie, II., 1.).

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 propose des thèmes potentiels et se charge de la sélection des cas pour les contrôles exploratoires et pour les contrôles thématiques.

RISQUE D'ERREURS COMMISES PAR LES ORGANISMES ASSUREURS

La Cellule Sitadis participe activement à la préparation des contrôles thématiques réalisés par le SCA en assurance obligatoire SSI. A cette fin, elle croise les données indispensables pour cibler les contrôles et détermine les échantillons à constituer pour le contrôle des dossiers en mutualités.

Au cours de ces contrôles qui visent à vérifier l'application correcte et uniforme de la réglementation SSI, des erreurs récurrentes commises par des mutualités sont constatées.

Les erreurs font l'objet d'avertissements aux O.A. conformément aux dispositions de l'article 166, § 1^{er}, b de la loi SSI. La mutualité concernée dispose alors d'un délai pour régulariser la situation et améliorer les procédures de travail.

Il s'agit des moyens utilisés pour responsabiliser les mutualités par rapport à leur fonctionnement.

La Cellule Sitadis est chargée de vérifier le suivi apporté à ces avertissements et de constater l'amélioration ou la rectification des procédures de travail au sein des mutualités.

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, ...).

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.

b. Réalisations

En 2016, Sitadis a participé à la préparation des contrôles thématiques suivants :

- examen de la qualité de travailleur régulier dans le cadre de l'assurance indemnités (cf. 2^e partie, I., 1. b.)
- datamatching invalidité (cf. 2^e partie, I., 3. a.)
- datamatching incapacité de travail primaire (cf. 2^e partie, I., 3. a.).

Pour ces 3 contrôles thématiques, Sitadis a analysé les données nécessaires et les a converties en une sélection de cas à contrôler au sein des mutualités.

Par ailleurs, Sitadis était responsable d'une série de sélections spécifiques, à la demande du cabinet du Secrétaire d'État à la Lutte contre la fraude sociale et d'autres institutions publiques. Des croisements de données ont ainsi été effectués entre les relevés de dépenses en incapacité de travail primaire et/ou en invalidité et :

- des ménages présentant une consommation d'électricité étrangement élevée ou basse, en vue de détecter une fraude au domicile potentielle
- des personnes pour lesquelles l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI) a procédé à la radiation d'une activité comme travailleur indépendant, pour en vérifier l'impact dans le secteur des indemnités
- des données d'emploi d'anciens travailleurs salariés de l'OTAN, en vue de détecter des cumuls non autorisés de salaires et d'indemnités d'incapacité de travail.

Sitadis a également, de sa propre initiative, développé une nouvelle piste de contrôle en matière d'indemnités de licenciement. Il est en effet possible qu'après son licenciement, un assuré en incapacité de travail reçoive de son employeur une indemnité de rupture du contrat de travail et qu'il ne la déclare pas à sa mutualité. Ce cumul est interdit. Contrairement aux indemnités de rupture, les indemnités de licenciement ne sont pas exprimées en temps de travail dans la déclaration multifonctionnelle (DmfA). La mutualité doit donc calculer elle-même la période pour laquelle les indemnités doivent être refusées. Cette piste s'est révélée très efficace et sera intégrée dans le contrôle thématique « Datamatching en invalidité » de 2017.

Enfin, Sitadis a effectué en 2016, à la demande du Conseil des ministres, le travail préparatoire de l'échange de données avec l'ONEM dans le cadre de la lutte contre la fraude.

c. Evolution

La Cellule Sitadis avait pour objectif de simplifier et rationaliser les méthodes initiales relatives au croisement de données.

Début 2016, un projet interne a démarré dans le but de transférer l'analyse des données de l'actuel environnement Access vers un environnement SAS⁹.

Le choix s'est délibérément porté sur SAS car de nombreuses ressources disponibles, expériences et connaissances existent déjà en cette matière au sein de l'INAMI (et plus particulièrement au sein du SCA). Sitadis souhaitait aussi participer à ce projet étant donné que le groupe de travail savait par expérience que cette solution couvrirait les besoins.

Le tableau suivant présente un aperçu des avantages offerts par SAS par rapport à Access :

	Access	SAS
Accès aux données	Traitement de la base de données originale : risque de modifications	Traitement de la copie de la base de données originale
	Réclamer des données auprès d'autres services : plus grande dépendance	Accès direct aux données : permet de répondre plus rapidement aux questions
	Utilisation rarissime au sein de l'INAMI	Utilisé intensivement au sein et en dehors de l'INAMI
Sécurité de l'information	Bonne accessibilité	Accessibilité restreinte (licence)
	Pas de « traçabilité »	Les manipulations sont « traçables »
Pratique	Le traitement de fichiers lourds dure assez longtemps (mutualité par mutualité)	Plus puissant : une seule sélection pour toutes les mutualités est possible


Dans chaque phase du projet, il y a eu une étroite collaboration avec la Cellule Datawarehouse de l'INAMI.

Le projet a réellement pris de l'ampleur avec l'accès direct à la base de données relative aux dépenses en incapacité de travail primaire. Cet accès représente pour Sitadis un net progrès étant donné que cela accroît sensiblement les possibilités de procéder à des sélections (exploratoires).

L'objectif final du projet est d'utiliser uniquement SAS pour toutes les sélections à partir de 2017.

II. Responsabilisation et régulation

1. Responsabilisation financière des organismes assureurs

 Dans le cadre de la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration, l'INAMI transmet chaque année des informations à l'OCM. Sur la base 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.



Ce chapitre du rapport d'activités présente notamment le nouveau système d'évaluation des O.A. quant à leurs frais d'administration. Cette nouvelle évaluation, mise en œuvre pour la première fois en 2016, se fonde sur la détermination de domaines et d'indicateurs déterminés par les services de l'INAMI et de l'OCM.

PRINCIPE

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 leur sont octroyés, proportionnellement à l'ampleur des manquements.

Le système d'évaluation des prestations des O.A. en matière de gestion a récemment été modifié par l'arrêté royal du 10 avril 2014. L'ancien système d'évaluation décrit dans l'arrêté royal du 28 août 2002 comportait 10 critères sur la base desquels les prestations des O.A. en matière de gestion étaient évaluées. Ces critères ne donnaient qu'une image partielle du fonctionnement des O.A. En outre, certains critères n'étaient pas clairs ou pouvaient prêter à interprétation. L'ancien système d'évaluation était par ailleurs peu souple. La réforme de ce système s'est donc révélée nécessaire 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.

L'ancien système d'évaluation a été appliqué une dernière fois en 2015. Le nouveau système d'évaluation a été mis en œuvre à partir de l'année d'évaluation 2016.

L'arrêté royal du 10 avril 2014 requiert d'évaluer les performances des O.A. sous l'angle de 7 processus qui sont:

- 1°) 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.
- 2°) l'attribution correcte, uniforme des droits dans les délais fixés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

- 3°) 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
- 4°) la détection et la récupération des prestations et des montants à récupérer sur base des articles 136, §2 et 164 de la loi SSI
- 5°) l'organisation de mécanismes de contrôle et d'audit internes nécessaires à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
- 6°) 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
- 7°) la gestion comptable des organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.



Les processus 5° et 7° sont 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'Institut, 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.

Un groupe de travail composé de représentants des différents services de l'INAMI et de l'OCM détermine les domaines et les indicateurs qui servent de base à l'évaluation des processus fondamentaux décrits dans l'arrêté royal.

La Cellule responsabilisation financière du SCA assure le suivi du nouveau processus d'évaluation à partir des propositions de domaines jusqu'au suivi des remarques éventuelles, via la collecte de données et le calcul des indicateurs.

MÉTHODE

Le SCA est chargé de collecter auprès de chaque service de l'INAMI toutes les données à utiliser pour l'évaluation. Le SCA coordonne l'échange d'informations et fournit aussi lui-même des informations pour les différents critères et processus.

L'année 2016 était une année de transition en ce qui concerne la responsabilisation financière des O.A.

D'une part, conformément à l'ancien système d'évaluation, le SCA a rédigé un rapport de synthèse contenant toutes les données fournies par l'INAMI pour l'année d'évaluation 2015, rapport qu'il a transmis à l'OCM.

D'autre part, conformément au nouveau système, le SCA a collecté toutes les données auprès de chaque service de l'INAMI pour l'année d'évaluation 2016 et, dans ce cadre, il a lui-même aussi fourni les informations nécessaires.

Conformément au nouveau système d'évaluation, le SCA a également rédigé, en collaboration avec les différents services de l'INAMI, une note présentant les domaines et indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les prestations des O.A. en matière de gestion pour l'année d'évaluation 2017.

Toujours conformément au nouveau système d'évaluation, le SCA a fourni des informations pour les 4 processus suivants pour l'année d'évaluation 2016 :

Processus 2

Concernant l'attribution correcte et uniforme des droits dans les délais fixés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il a été tenu compte des résultats du contrôle thématique du SCA effectué dans la branche des soins de santé.

Le SCA a en outre fourni des données sur le soin apporté à la gestion des dossiers du maximum à facturer (données exprimées en nombre d'enregistrements rejetés).

Processus 3

Concernant le paiement correct et uniforme des prestations dans les délais fixés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il a été tenu compte des résultats du contrôle thématique du SCA effectué dans la branche des indemnités.

Il a également été tenu compte du contrôle thématique relatif aux récupérations de montants qui ont engendré une hausse des frais d'administration alloués aux OA, contrôle effectué par les inspecteurs sociaux du SCA dans le cadre de l'article 195 de la loi SSI.

Processus 4

Concernant la détection et la récupération des prestations et des montants à récupérer en vertu des articles 136, § 2, et 164 de la loi SSI, il a été tenu compte des résultats du contrôle thématique du SCA relatif à la détection des cumuls d'activités professionnelles non autorisées mais déclarées à l'ONSS et d'indemnités d'incapacité de travail primaire ou d'invalidité.

Processus 6

Concernant la collaboration avec l'INAMI, notamment pour la mise en œuvre du contrat d'administration et la participation à des études menées en vue de déterminer la politique décidée par ou mise en place à la demande du ministre ayant les Affaires sociales dans sa compétence, le SCA envoie à l'OCM des données chiffrées sur les délais dans lesquels les OA fournissent les documents administratifs (fichiers de données) sur l'intervention majorée, le MAF, le nombre d'affiliés et l'article 195 de la loi SSI.

RÉSULTATS

En 2016, selon l'ancien système d'évaluation, un rapport de synthèse comprenant toutes les données fournies par l'INAMI pour l'année d'évaluation 2015 a été rédigé. Le SCA a transmis ce rapport à l'OCM pour déterminer la partie variable des frais d'administration alloués aux O.A.

En outre, conformément au nouveau système d'évaluation, le SCA a fourni les informations suivantes pour l'année d'évaluation 2016 :

- le rapport du contrôle thématique relatif à l'intervention majorée
- le rapport du contrôle thématique relatif aux indemnités dans le régime général à partir du 7^e mois d'incapacité de travail primaire
- le rapport sur le croisement des données relatives aux indemnités d'incapacité de travail primaire et des données de la DmfA
- le rapport sur le croisement des données d'invalidité et des données de la DmfA
- les fichiers relatifs au maximum à facturer et aux affiliés
- les fichiers relatifs à la transmission de données sur l'intervention majorée et à la transmission de données définie à l'article 195 de la loi SSI
- le rapport du contrôle thématique relatif à la récupération de montants qui ont engendré une hausse 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 avait constaté une erreur ou une négligence.

Conformément au nouveau système d'évaluation, le SCA a également rédigé, en collaboration avec les différents services de l'INAMI, une note présentant les différents domaines et indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les prestations des O.A. en matière de gestion pour l'année d'évaluation 2017. Comme prescrit par l'article 5 de l'arrêté royal du 10 avril 2014, les O.A. ont été invités par le Comité général de gestion de l'INAMI à venir s'exprimer sur la faisabilité de ces indicateurs.

ÉVOLUTION

Le système d'évaluation des performances de gestion des O.A. a été modifié par l'arrêté royal du 10 avril 2014. En 2016, un dernier rapport de synthèse contenant toutes les données fournies par l'INAMI a été rédigé selon l'ancien système d'évaluation et fourni à l'OCM.

Le nouveau système d'évaluation a été mis en œuvre à partir de l'année d'évaluation 2016. En plus de collecter toutes les données auprès des différents services de l'INAMI pour l'année d'évaluation 2016 et de rédiger une note présentant les domaines et les indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les prestations des O.A. en matière de gestion pour l'année d'évaluation 2017, le groupe de travail a commencé à rédiger, en collaboration avec les représentants des différents services de l'INAMI et de l'OCM, la note présentant les domaines et les indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les prestations des O.A. en matière de gestion pour l'année d'évaluation 2018.

Le nouveau système d'évaluation des performances de gestion des O.A. instauré par l'arrêté royal du 10 avril 2014 sera lui-même évalué en collaboration avec l'OCM. Cette évaluation est prévue après 2 périodes d'évaluation complètes selon le nouveau système d'évaluation, en l'espèce après la transmission à l'OCM des données pour l'année d'évaluation 2017.

La note sur les domaines et les indicateurs pour l'évaluation des prestations des O.A. en matière de gestion pour l'année d'évaluation 2017 a été approuvée à l'unanimité par le Comité général de gestion de l'INAMI le 13 juin 2016.

En 2016, le SCA a accompli toutes ses tâches dans le cadre de la responsabilisation des O.A. dans les délais fixés par l'article 5 de l'arrêté royal du 10 avril 2014.

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.



En 2016, le fonctionnaire dirigeant du SCA a prononcé 1.023 sanctions administratives :

- 507 à charge des assurés sociaux pour cause de fraude sociale dont 181 pour cause d'activité déclarée mais non autorisée, 266 pour cause de cumul d'indemnités INAMI avec une activité non déclarée (travail au noir), 25 relatives à des assujettissements fictifs, 25 en matière de fraude au domicile et 10 pour usage de fausses attestations et prescriptions
- 505 à charge des O.A. pour cause de manquements relatifs à certaines obligations en matière de gestion des dossiers d'assurance SSI de leurs affiliés
- 11 à charge des dispensateurs de soins notamment pour cause de non-respect des honoraires ou de retard dans la remise d'une attestation de soins.

De plus, il faut mentionner :

- 103 demandes d'approbation d'un délai de remboursement relatif à la récupération d'un indu en indemnités d'incapacité de travail au-delà de 7 ans
- 215 décisions positives de dispenses de prise en charge en frais d'administration des montants indus non récupérés par les O.A.
- 548 décisions positives de suspension de prescription pour force majeure.

Enfin, les décisions du fonctionnaire dirigeant du SCA et les notifications adressées aux O.A. sont susceptibles de recours devant les juridictions du travail. Ces contentieux sont également détaillés 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 (nouveau : avec procédures de feedback des O.A. quant à l'application de ces sanctions)
- 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 25 : 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 social¹⁰ 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 Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI reprend les éléments constitutifs des infractions et est transmis au Service juridique du SCA.

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

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 2016 dans le secteur des soins de santé et dans le secteur des indemnités et mixtes.

Tableau 26 : Sanctions aux assurés prononcées en 2016		
Nombre d'amendes en soins de santé	Nombre de sanctions en indemnités	Nombre de sanctions mixtes (soins de santé et indemnités)
37	464	6

Le fonctionnaire dirigeant du SCA a ainsi prononcé un total de 507 sanctions à charge des assurés sociaux pour cause de fraude sociale dont :

- 181 pour cause d'activité déclarée mais non autorisée, ce qui correspond à 8.027 jours d'exclusion
- 266 pour cause d'activité non déclarée et non autorisée (travail au noir), ce qui correspond à 12.188 jours d'exclusion
- 25 relatives à des assujettissements fictifs dont 10 sanctions dans le secteur des indemnités avec 1.438 jours d'exclusion et 15 amendes dans le secteur des soins de santé pour un montant de 5.500 EUR
- 25 en matière de fraude au domicile dont 10 sanctions dans le secteur des indemnités avec 2.132 jours d'exclusion et 12 amendes dans le secteur des soins de santé pour un montant de 3.250 EUR
- 10 pour usage de fausses attestations et prescriptions.

Procédure de feedback des organismes assureurs

PRINCIPE

Afin de pouvoir suivre de manière régulière les chiffres concernant l'application des sanctions prononcées par le SCA, un monitoring de l'application de ces sanctions a été mis en place suite à la réunion de la Commission technique du SCA du 17 mars 2015.

Ce monitoring se présente sous la forme d'une procédure annuelle de feedback quant à l'application des sanctions par les O.A.

MÉTHODE

Ce feedback se présente sous la forme d'un tableau Excel reprenant, dans l'ordre, les données suivantes :

- le nom de l'assuré
- la date de la décision de sanction
- le nombre de jours d'exclusion
- l'impact financier pour le système (addition du montant des indemnités journalières dont a été privé l'assuré social en raison de la sanction administrative)
- les raisons de la non application de la sanction.

Le feedback a lieu de manière annuelle :

- au début du mois d'avril de l'année qui suit immédiatement l'année pour laquelle les informations sont demandées, le Service juridique du SCA transmet un fichier Excel reprenant l'ensemble des sanctions prononcées durant l'année considérée à chaque O.A., afin de garantir le caractère exhaustif de ce feedback
- chaque O.A. dispose alors d'un délai allant jusqu'au 30 juin de l'année en cours pour transmettre le tableau rempli au Service juridique du SCA.

RÉSULTATS

Il était demandé aux O.A. de transmettre le feedback des sanctions appliquées en 2015 avant le 30 juin 2016. Dès lors, les données transmises par les O.A. en 2016 et présentées dans les tableaux ci-après portent sur l'année précédente.

Au total, 363 cas relatifs à l'année 2015 ont fait l'objet d'une demande de feedback en 2016.

Les données transmises par les O.A. sont les suivantes :

O.A.	Nombre de jours d'exclusion prononcés	Nombre de jours appliqués	Pourcentage appliqué	Impact financier (en EUR)
100	3.759	992	26 %	37.907,36
200	1.579	929	59 %	40.601,45
300	9.202	2.942	32 %	120.249,71
400	1.159	604	52 %	24.696,45
500	4.350	1.158	27 %	35.833,50
600	600	427	71 %	17.552,26
Total	20.649	7.052	34 %	276.840,73



Suite à la réunion de la Commission technique du 17 mars 2015, le feedback des O.A. quant à l'application des sanctions a été transmis au SCA pour la première fois en 2016. Désormais, les O.A. transmettront un feedback au plus tard en juin de chaque année sur les sanctions appliquées au cours de l'année précédente.

Le nombre moyen des sanctions appliquées est de l'ordre du tiers de l'ensemble des sanctions prononcées en 2015. La mesure de l'impact financier permet d'estimer précisément l'effet de l'application des sanctions sur le budget de l'assurance en termes d'économie vu qu'il s'agit d'une dépense qui n'est pas faite à la source.

L'applicabilité d'une sanction d'exclusion dépend toutefois de plusieurs facteurs, surtout quant à savoir si l'assuré social est encore en incapacité de travail ou non au moment où la sanction est censée être appliquée. Le nombre total d'affiliés semble également jouer un rôle. En effet, les O.A. avec un nombre important d'affiliés sont proches de la moyenne (O.A. 100, O.A. 300 et O.A. 500) alors que pour les autres O.A. (O.A. 200, O.A. 400 et O.A. 600) le pourcentage de sanctions appliquées est plus important.

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.

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

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

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

MÉTHODE

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

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

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

RÉSULTATS

En 2016, 505 sanctions aux O.A. ont été prononcées relatives au 4e trimestre de 2015 et au 1^{er} trimestre de 2016.

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 2016, le fonctionnaire dirigeant a appliqué 11 décisions d'amendes à charge de dispensateurs de soins pour un montant total de 13.250 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, §1er de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les mutualités doivent récupérer ces indus endéans un délai de 2 ans à dater de leur constatation. Les mutualités et les assurés sociaux peuvent cependant conclure une convention prévoyant un remboursement sur un plus long terme. Toutefois, en matière d'indus en indemnités d'incapacité de travail, lorsque le délai prévu dépasse 7 ans, l'accord du fonctionnaire dirigeant du SCA est requis.

MÉTHODE

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

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

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

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

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

RÉSULTATS

En 2016, 103 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



Des données statistiques relatives aux demandes de dispense sont reprises dans le présent rapport (Cf. 3^e partie, I., 4.).

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 de 2014 à 2016.

Tableau 28 : Nombre de demandes et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés de 2014 à 2016		
Année	Nombre de demandes	Nombre de décisions positives
2014	313	142
2015	346	204
2016	369	215

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 prévue¹¹ en cas de force majeure (c.-à-d. une situation indépendante de la volonté de celui qui en fait la demande).

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

MÉTHODE

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

RÉSULTATS

Le tableau ci-dessous reprend le nombre de décisions d'accord de suspension de prescription pour force majeure et le nombre de décisions négatives prises par le fonctionnaire dirigeant, de 2011 à 2016.

Tableau 29 : Nombre de décisions de suspension de prescription pour force majeure positives ou négatives et nombre total de 2011 à 2016			
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
2016	548	103	651

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

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.

3 types de contentieux retiennent plus particulièrement l'attention :

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



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

a. Contentieux des sanctions aux assurés

PRINCIPE

Dans le contexte des recours introduits auprès des juridictions compétente, 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 ? Ce litige relève-t-il de la compétence du tribunal ? Ainsi l'assuré social doit notamment pouvoir démontrer qu'il a qualité et intérêt pour introduire un recours. La qualité est le pouvoir en vertu duquel la personne exerce l'action en justice. Cette qualité est évaluée au moment de l'introduction de la requête. L'intérêt requis pour l'introduction d'une demande consiste en tout avantage, matériel ou moral, effectif mais non théorique, que le demandeur peut retirer de la demande au moment où il la forme. L'intérêt doit être né et actuel. Il doit également être légitime, concret, personnel et direct. L'intérêt à agir s'apprécie en fonction du moment où l'assuré social introduit sa demande. (Trib. trav. du Hainaut, 3^e chambre, 15 février 2016 ; R.G. 12/101/A - 12/2712/A - 12/2713/A - 12/1366/A - 13/225/A).
- 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.

Il y a ensuite 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 2016.

Tableau 30 : Nombre de décisions de sanctions aux assurés sociaux qui ont fait l'objet d'un litige de 2011 à 2016

Année	Nombre de litiges
2011	43
2012	24
2013	29
2014	38
2015	48
2016	48

Jurisprudence

La notion d' « activité » dans l'assurance indemnités pour travailleurs salariés

Pour être reconnu en incapacité de travail dans l'assurance indemnités pour travailleurs salariés, l'assuré social doit avoir cessé toute activité. Si l'assuré social souhaite exercer une activité adaptée pendant sa période d'incapacité de travail, il devra d'abord demander l'autorisation du médecin-conseil. Ce dernier précisera dans quelles conditions l'assuré social peut reprendre une activité et il vérifiera si cette activité est compatible avec son état de santé. En outre, il vérifiera si l'assuré social possède encore une capacité de gain de 50 % sur le plan médical. La notion d' « activité » elle-même n'a pas été définie par le législateur mais vu la jurisprudence de la Cour de cassation notamment, elle est interprétée de manière large. Dans un arrêt du 3 décembre 2015, la Cour du travail précise¹² que la notion d' « activité » comprend, outre les activités exercées dans le cadre de la vie en société, des activités relevant de la vie privée. La notion d' « activité » au sens de l'article 100 de la loi SSI est définie comme toute activité que l'assuré social effectue pour son compte et qui accroît considérablement son patrimoine, ou encore toute activité productive ou de service qui est effectuée pour un tiers, et cela indépendamment du fait que l'activité relève de la vie privée.

Cette affaire concernait un assuré social qui avait mis en vente des biens privés personnels de seconde main sur le site www.2emain.be, en raison de manque de place. Comme l'assuré social avait lui-même déclaré s'être occupé de la vente sur internet pendant une période de 27 mois, à raison d'au moins 1 jour par mois, que le jour du contrôle de l'inspecteur social, il avait placé 48 petites annonces, et que son conjoint avait confirmé que les recettes s'élevaient à 2.000 EUR, il convient de conclure qu'il s'agit ici bel et bien d'une activité à caractère productif, qui a engendré un avantage économique direct pour l'assuré social. Cette activité ne relève pas de la gestion normale de biens ou de possessions propres. S'occuper de ventes sur Internet pendant 27 mois, à raison d'un jour par mois au moins et placer des petites annonces démontre qu'il s'agit d'une activité à caractère productif, étant donné qu'un suivi des offres pour les objets mis en vente était assuré régulièrement pour décider d'accepter ou non l'offre. Le fait qu'en dehors des objets mis en vente, certains objets étaient donnés à titre gracieux à la famille ou à des amis n'enlève pas la qualification d'activité.

12. Cour trav. d'Anvers, 3 décembre 2015, R.G. 2015/AA/141.

Par ailleurs, la Cour du travail ne semble pas accepter que le nombre de jours d'occupation soit tout simplement équivalent au nombre de petites annonces publiées. Pour cette activité de « publication de petites annonces », la Cour du travail se base plutôt sur les déclarations de l'assuré social pour déterminer le nombre de jours prestés.

Si pendant sa période d'incapacité de travail, l'assuré social reprend une activité en tant qu'indépendant sans autorisation du médecin-conseil, le cadre juridique¹³ de la société ou de la personnalité juridique au sein de laquelle l'activité indépendante est exercée (par exemple une société anonyme, une société privée à responsabilité limitée, etc.) ne joue aucun rôle lors de l'évaluation de la notion d' « activité », plus spécifiquement quand il s'agit de décider s'il est question ou pas d'une reprise de travail normale (complète). L'affaire en question concernait un assuré social qui a exercé une activité non autorisée comme gestionnaire pour une société en commerce de vin du 20 octobre 2011 au 2 septembre 2013 inclus et qui a également fait de la publicité pour cette firme via Twitter. La Cour du travail a estimé que comme cette activité non autorisée a été exercée par l'assuré social pendant plus de 10 jours, qu'elle était nécessaire pour la viabilité du négoce en vins et qu'elle n'avait pas de caractère limité, elle devait être considérée comme une activité (indépendante) à temps plein et donc comme une reprise du travail normale.

En outre, un assuré social ne peut pas nier avoir exercé une activité et avoir besoin d'une autorisation quand il apparaît que par la suite, il a poursuivi la même activité avec l'autorisation du médecin-conseil.¹⁴

Article 101 de la loi SSI – Récupération de prestations indûment reçues à la suite d'une reprise d'activité non autorisée

Les indemnités que l'assuré social a perçues alors qu'il avait exercé une activité sans l'autorisation du médecin-conseil pendant sa période d'incapacité de travail devront en principe être récupérées par l'O.A. En vertu de l'article 101 de la loi SSI, le principe général pour la récupération des indemnités est le suivant : en l'absence de manœuvres frauduleuses, la récupération est limitée aux jours pendant lesquels l'assuré social a effectivement travaillé. Ce n'est que quand les jours effectivement prestés ne peuvent pas être déterminés avec précision que la récupération portera sur la période d'occupation¹⁵. L'O.A. devra procéder à la récupération des indemnités pour chaque jour pendant lequel l'assuré social a travaillé, peu importe le nombre d'heures presté ces jours-là.¹⁶

Proportionnalité de la sanction

Conformément à l'article 168 quinquies de la loi SSI, une sanction administrative est infligée à l'assuré social qui a travaillé pendant une période indemnisée sans l'autorisation du médecin-conseil, en tenant compte de la gravité et de la durée des infractions. Pour déterminer la gravité et la durée de l'infraction, les faits concrets ou les circonstances (aggravantes / atténuantes) du dossier seront pris en compte¹⁷. Ainsi une sanction plus forte s'imposera pour un assuré social qui a entravé le contrôle sur l'activité non autorisée en fermant la porte à l'inspecteur social et en n'autorisant pas ce dernier à pénétrer dans les locaux où il était en train de travailler. En effet, une telle infraction commise par l'assuré social témoigne d'un certain mépris et d'un manque de respect pour les obligations qui lui incombent¹⁸.

13. Cour trav. d'Anvers, division d'Hasselt, 25 août 2016, R.G. 2015/AH/221.

14. Cour trav. de Gand, 19 décembre 2016, R.G. 2015/AG/323.

15. Trib. trav. de Bruxelles, 8 octobre 2015, R.G. 13/5919.

16. Cour trav. de Gand, 19 décembre 2016, R.G. 2015/AG/323.

17. Cour trav. de Gand, 19 décembre 2016, R.G. 2015/AG/323.

18. Trib. trav. de Gand, division de Courtrai, 23 novembre 2016, R.G. 15/1571/A.

Par ailleurs, la jurisprudence estime qu'infliger une sanction administrative consistant en l'exclusion du droit à 18 indemnités journalières pour un jour d'activité non autorisée est disproportionné quand les faits montrent que quelques jours plus tard, l'assuré social a obtenu du médecin-conseil l'autorisation de poursuivre cette activité. L'affaire en question concernait un assuré social en train de travailler au moment du passage d'un contrôleur social de l'ONEM le 23 juillet 2012 : il vendait des bonbons et de la glace dans le parc municipal. La Cour du travail a décidé de réduire la sanction administrative, à savoir un seul jour d'exclusion du droit aux indemnités au lieu de 18 jours, étant donné qu'à partir du 30 juillet 2012, l'assuré social disposait de l'autorisation du médecin-conseil pour cette activité¹⁹. Dans une autre affaire, la Cour du travail a estimé qu'infliger une sanction administrative consistant en l'exclusion du droit aux indemnités pendant 41 jours pour avoir exercé pendant 50 jours, pendant la période du 1^{er} avril 2012 au 12 juillet 2012 inclus, une activité professionnelle comme assistante dans le cadre du budget personnel pour personnes handicapées, était disproportionné et que, par conséquent, la sanction devait être réduite à 37 jours d'exclusion parce que l'assuré social avait fait preuve d'humanité ou d'engagement social, qu'il n'y avait pas d'antécédents et que par la suite - tardivement certes - elle avait obtenu une autorisation à partir du 16 juillet 2012²⁰.

Définition des manœuvres frauduleuses

L'existence « de manœuvres frauduleuses » - pour l'application du délai de prescription de 5 ans pour la récupération des indemnités conformément à l'article 174, 3^e alinéa de la loi SSI - ne peut pas être légalement déduite de la simple considération que l'assuré social aurait dû s'informer sur l'ampleur de ses obligations à l'égard de son O.A. (concernant la procédure de demande et d'obtention d'une autorisation du médecin-conseil). Elle ne peut pas non plus être déduite de la constatation que l'assuré n'a pas déclaré la poursuite de ses activités à son O.A. Pour qu'il soit question de manœuvres frauduleuses, il faut démontrer que la non-déclaration ou la déclaration incorrecte a eu lieu dans le but spécifique d'obtenir des prestations.²¹

Ainsi la Cour du travail a admis qu'il était question de faux document dans le cas d'un assuré social qui dispose de l'autorisation du médecin-conseil pour faire des devis pour l'entreprise de son épouse (travail léger), qui a transmis à son O.A. une fiche salariale mentionnant 0,00 EUR pour un mois donné alors que dans les faits, au cours de ce même mois, il a exercé pendant 20 jours une autre activité professionnelle (lourde) pour un autre employeur (travaux préparatoires pour couler du béton, nivellement et placement de poutres) pour laquelle il a reçu un salaire qu'il n'a pas déclaré à sa mutualité²².

Par contre, il n'est pas question de manœuvre frauduleuse au sens de fausse déclaration quand un assuré social exerce une activité comme chef de société sans autorisation pendant sa période d'incapacité de travail et signe un document destiné à son O.A. dans lequel il déclare ne pas être actif dans l'entreprise alors qu'il apparaît qu'au moment de la signature de la déclaration, cette entreprise était déjà en faillite.²³ Le simple fait que la reprise de l'activité non autorisée s'est produite à plusieurs reprises et sur une longue période ne suffit pas pour retenir une manœuvre frauduleuse dans le chef de l'assuré social.

19. Cour trav. de Gand, 1^{er} juin 2015, R.G. 2014/AG/43.

20. Cour trav. de Gand, 19 décembre 2016, R.G. 2015/AG/323.

21. Trib. trav. de Gand, division de Courtrai, 22 juin 2016, R.G. 13/1351/A ; R.G. 13/1352/A ; R.G. 13/1919/A ; R.G. 14/1058/A ; R.G. 14/1836/A ; R.G. 15/95/A.

22. Cour trav. de Gand, division de Gand, 6 mai 2016, R.G. 2015/AG/115.

23. Trib. trav. de Gand, division de Courtrai, 22 juin 2016, R.G. 13/1351/A ; R.G. 13/1352/A ; R.G. 13/1919/A ; R.G. 14/1058/A ; R.G. 14/1836/A ; R.G. 15/95/A.

La manœuvre frauduleuse suppose un acte positif, distinct de l'infraction purement matérielle consistant à ne pas déclarer la reprise d'activité et de l'infraction matérielle consistant à exercer une activité sans autorisation du médecin-conseil ou sans respecter les conditions de l'autorisation. Si l'assuré social dispose de l'autorisation du médecin-conseil pour reprendre le travail en tant qu'infirmier à raison de 20 heures par semaine dans le secteur des soins à domicile sans limitation de durée et qu'il apparaît qu'elle a exercé une activité comme infirmier pour un autre employeur mais sans dépasser son horaire de 20 heures par semaine, l'assuré social avait pu supposer que comme sa reprise du travail restait dans les limites de l'autorisation initiale, il n'était pas nécessaire de demander une nouvelle autorisation. Le fait que l'assuré social n'a pas respecté les conditions de son autorisation puisqu'il a exercé une activité autorisée pour un employeur autre que celui mentionné dans l'autorisation ne suffit donc pas pour parler "de manœuvre frauduleuse".²⁴

En effet, pour qu'il soit question « de manœuvre frauduleuse », il faut que le dossier comporte des éléments montrant que l'assuré social a sciemment caché avoir repris le travail. Or s'il s'agit d'une reprise de travail (officielle) déclarée, le caractère "sciemment caché" est absent et il n'est donc pas question « de manœuvre frauduleuse ». Si l'assuré social a omis de déclarer mensuellement les revenus générés par la reprise du travail (non autorisée), alors seulement il est question de manœuvre frauduleuse quand il est démontré avec certitude que cette non-déclaration est la conséquence d'une erreur délibérée et pas d'une simple négligence.²⁵ S'il apparaît que l'assurée sociale a omis de déclarer ses revenus à sa mutualité mais que cette dernière a néanmoins été régulièrement informée, via des bons de cotisation, des revenus provenant de l'activité, l'élément « erreur délibérée, à savoir non-déclaration » ou le « caractère caché » est absent²⁶.

Fraude au domicile – Preuve de l'infraction

En principe, la preuve de la situation familiale de l'assuré social est fournie par un extrait officiel du Registre national, sauf s'il ressort d'autres pièces probantes que la situation familiale réelle ne correspond pas aux données fournies par le Registre national. L'inscription au Registre national ne constitue donc pas une présomption irréfutable en matière de cohabitation. Il incombe à celui qui conteste que la situation familiale qui ressort du Registre national soit correcte de fournir à l'aide de documents probants la preuve du décalage entre, d'une part, la vérité administrative découlant du Registre national et, d'autre part, la réalité de fait.

On parle de fraude au domicile quand l'assuré(e) social(e) perçoit des indemnités de maladie plus élevées en tant que titulaire avec charge de famille ou en tant qu'isolé(e) alors qu'en réalité, il / elle cohabite avec une autre personne / d'autres personnes qui ne dépendent économiquement pas de lui / d'elle, s'il est démontré que l'assuré(e) social(e) a tenté de dissimuler sa situation familiale réelle afin d'obtenir des indemnités plus élevées.

Dans l'assurance indemnités, il est question de dépendance économique quand le montant total des revenus (c'est-à-dire le salaire, les pensions, les rentes, les allocations et les indemnités) de la personne avec laquelle l'assuré social cohabite est inférieur à 707,07 EUR par mois. (Ce montant est lié à l'indice-pivot 103,14 en vigueur au 1er juin 1999 - base 1996 = 100 et est adapté en fonction des variations de l'index des prix conformément aux dispositions de l'article 237)²⁷.

24. Cour trav. de Bruxelles, 6 octobre 2016, R.G. 2012/AB/1149.

25. Cour trav. de Bruxelles, 6 octobre 2016, R.G. 2012/AB/1149

26. Cour trav. de Bruxelles, 6 octobre 2016, R.G. 2012/AB/1149

27. Article 225, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

La preuve de la cohabitation doit être apportée dans les faits. Il est question de « cohabitation » quand les personnes concernées vivent ensemble. Ceci signifie qu'elles vivent sous le même toit, dans la même maison, le même appartement ou encore, qu'elles partagent des locaux ou des installations (des machines) qui sont nécessaires pour vivre (par exemple une salle de séjour, une salle de bain ou une douche, une cuisine, les meubles) et qu'elles constituent un ménage. La cohabitation suppose la présence régulière de 2 ou plusieurs personnes sous le même toit mais ne suppose pas qu'elles soient ensemble en continu ou de manière ininterrompue.

Le juge est souverain pour apprécier le caractère frauduleux dans le chef de l'assuré social. La fraude ne peut pas être déduite du simple fait de négliger de fournir certaines informations, d'un manque de sincérité, d'une dissimulation de la vérité ou d'un document mal rempli. Par contre, le fait d'avoir négligé de fournir des informations doit s'accompagner de circonstances particulières : la mise en place d'un système obscur (opaque ou peu transparent) à l'égard des institutions de sécurité sociale, la connaissance des obligations réglementaires et l'obligation d'informer de tout changement de la situation familiale. Pour qu'il soit question d'une fraude au domicile, il doit être démontré que l'assuré social avait conscience qu'en ne communiquant pas des informations ou en agissant comme il l'a fait, il obtiendrait des prestations auxquelles il n'avait pas droit.²⁸

L'assuré social qui bénéficie d'indemnités de maladie est obligé de faire une déclaration exacte et sincère à sa mutualité en ce qui concerne sa situation familiale. Pour ce faire, il devra remplir un formulaire article 225 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 qu'il remettra à sa mutualité. Cette déclaration servira de base pour calculer le montant des indemnités de maladie qu'il recevra finalement. Cette déclaration de la situation familiale figurant dans le formulaire article 225 n'a pas de force probante particulière. Elle sert simplement comme indice par l'assuré social de sa situation familiale. Si l'O.A. remet en cause la déclaration de l'assuré social, il lui incombe de démontrer qu'elle est inexacte. À l'instar du formulaire article 225 de l'assurance indemnités, dans la réglementation du chômage, le formulaire C1 ou l'extrait du Registre national ne constitue pas une preuve solide de la situation familiale de l'assuré social mais seulement une indication. Si l'O.A. parvient à remettre en cause la déclaration sur l'honneur de l'assuré social, il y a inversion de la charge de la preuve : c'est l'assuré social qui devra prouver que sa déclaration initiale était bel et bien correcte.

Un ensemble d'éléments doit être pris en compte pour mettre en doute la déclaration de l'assuré social. Ces éléments dans leur totalité doivent établir la présomption grave, précise et concordante que la déclaration initiale de l'assuré social vers son O.A. semble invraisemblable, de telle sorte que la sincérité doit être remise en cause.

La présomption de cohabitation est grave, précise et concordante quand il ressort des faits et de l'ensemble des éléments que 2 personnes qui prétendent habiter séparément ont eu 2 enfants ensemble sans règlement en matière de logement et d'hébergement des enfants ou en matière financière et quand il apparaît que chaque jour, les partenaires règlent des affaires communes du fait qu'ils ont signé ensemble un contrat de bail et quand ils ont tous les 2 déclaré que monsieur vivait régulièrement chez madame pour faciliter le transport des enfants le matin, le midi et le soir. Si les 2 partenaires déclarent retirer un avantage financier du fait d'habiter séparément, cela contribue également à la présomption de cohabitation.²⁹

Dès que l'O.A. a réussi à démontrer une présomption grave, précise et concordante de cohabitation qui remet en question la déclaration initiale de l'assuré social qui affirme être isolé ou titulaire avec charge de famille, une inversion de la charge de la preuve a lieu. L'assuré social devra démontrer, à l'aide d'éléments factuels, que les tâches quotidiennes ne sont pas réglées ensemble et qu'il doit être indemnisé en tant qu'isolé ou titulaire avec charge de famille.

28. Trib. trav. du Hainaut, 3^e chambre, 15 février 2016, R.G. 12/1017/A - 12/2712/A - 12/2713/A - 12/1366/A - 13/225/A

29. Trib. trav. du Hainaut, division de Mons, 22 juin 2016, R.G. 13/1656/A ; R.G. 13/1659/A ; R.G. 13/2985/A ; R.G. 15/3285/A

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

En 2016, il n'y a pas eu de recours introduit contre des amendes aux dispensateurs de soins.

JURISPRUDENCE

Aucune jurisprudence significative ne peut être mentionnée pour 2016.

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 2016.

Tableau 31 : Nombre de contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de 2 ans pour cause de force majeure de 2011 à 2016

Année	Nombre de contentieux
2011	4
2012	1
2013	1
2014	1
2015	4
2016	1

JURISPRUDENCE

Pour 2016, on ne retrouve aucune jurisprudence concernant la décision de refuser la levée de la prescription pour force majeure. Toutefois pour 2016, il y a un jugement relatif à la levée de la prescription pour force majeure qui a déclaré l'action de l'assuré social à l'encontre de la décision du Fonctionnaire dirigeant irrecevable par défaut d'intérêt.

Si le Tribunal du travail est confronté à une action en justice menée par un assuré social à l'encontre d'une décision du Fonctionnaire dirigeant qui a accordé la levée de la prescription pour cause de force majeure, le Tribunal du travail devra déclarer l'action du premier irrecevable par défaut d'intérêt. Dans ce cas, la décision contestée étant une décision prise en faveur de l'assuré social, la maintenir ne menaçait pas gravement un droit. L'article 17 du code judiciaire stipule en effet que l'action en justice peut uniquement être admise si le requérant a qualité et intérêt pour la former. Conformément à l'article 18 du code judiciaire, l'intérêt doit être né et actuel. L'action en justice peut uniquement être admise si elle a été intentée à titre déclaratoire en vue de prévenir la violation d'un droit gravement menacé³⁰.

30. Trib. trav. de Liège, 14 septembre 2016, AR 418648

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 2016.

Tableau 32 : Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration de 2011 à 2016	
Année	Nombre de contentieux
2011	4
2012	2
2013	7
2014	2
2015	3
2016	9

JURISPRUDENCE

Pour obtenir une dispense d'inscription en frais d'administration, l'O.A. doit notamment remplir cette condition de base : il doit avoir poursuivi le recouvrement par toutes les voies disponibles, y compris la voie judiciaire³¹. Cette condition est réputée remplie lorsque le recouvrement des prestations indues est considéré comme aléatoire ou lorsque les frais afférents à l'exécution de la décision judiciaire définitive dépassent le montant à récupérer. Pour apprécier cette condition, il est tenu compte du fait qu'intenter une action en justice n'est qu'un moyen parmi d'autres permettant à l'O.A. de récupérer les sommes indûment versées. Le zèle ou la diligence avec laquelle l'O.A. a rempli son obligation, à savoir la vitesse dont il a fait preuve pour procéder effectivement au recouvrement joue également un rôle³². Toutefois, l'absence de zèle entraînera le refus de la dispense uniquement dans la mesure où elle a pu influencer la récupération du montant indûment payé³³.

Dans un jugement récent du 26 septembre 2016, le Tribunal du travail de Bruxelles a précisé que la charge de la preuve concernant les conditions de forme et de fond de l'article 327, § 2, en la matière incombe à l'O.A. La mesure dans laquelle l'O.A. a rempli son obligation de poursuivre le recouvrement des prestations indues par toutes voies de droit, y compris la voie judiciaire, est évaluée à l'aune de l'importance de la somme dont l'O.A. demande le remboursement, au vu des possibilités d'action et d'exécution, compte tenu des circonstances spécifiques du dossier et de la vitesse ou du zèle dont il a fait preuve. S'il apparaît que l'O.A. n'a entrepris aucune démarche concrète en vue de la récupération effective du montant, à l'exception de la signification de l'arrêt qui a condamné l'assuré social au remboursement des sommes au Procureur du Roi et à l'exception d'une invitation à payer adressée à l'Office national des pensions, l'O.A. devra pouvoir fournir des documents probants convaincants qui justifient l'absence de démarches concrètes de sa part. Dans l'arrêt du 26 septembre 2016, le Tribunal du travail de Bruxelles a décidé que l'O.A. n'avait pas réussi à fournir des preuves convaincantes et pertinentes qui justifient son manque de diligence. Le domicile légal de l'assuré social était connu par exemple et l'O.A. n'avait pas non plus prouvé que l'assuré social était insolvable. Il n'y avait donc pas de circonstances spécifiques empêchant les possibilités d'action ou d'exécution dont disposait l'O.A. en vue du recouvrement des sommes auprès de l'assuré social. L'O.A. à qui incombe la charge de la preuve n'a pas démontré que son manque de diligence ne pouvait pas influencer la récupération. Par conséquent, le Tribunal du travail a jugé non fondée l'action intentée par l'O.A. pour obtenir une dispense.

31. Arrêté royal du 3 juillet 1996, art. 327, §2 b).

32. Trib. trav. de Bruxelles, chambre francophone, 26 septembre 2016, R.G. 13/8581/A.

33. Cass. 26 mai 2008, R.G. S070083F, www.cass.be.

3^e Partie

Données statistiques



I. Données statistiques des missions de contrôle

Cette partie du rapport d'activités présente des statistiques sur le contenu concret des missions de contrôle du SCA pour les années 2014, 2015, 2016. 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).

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

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

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.

abc 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.

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

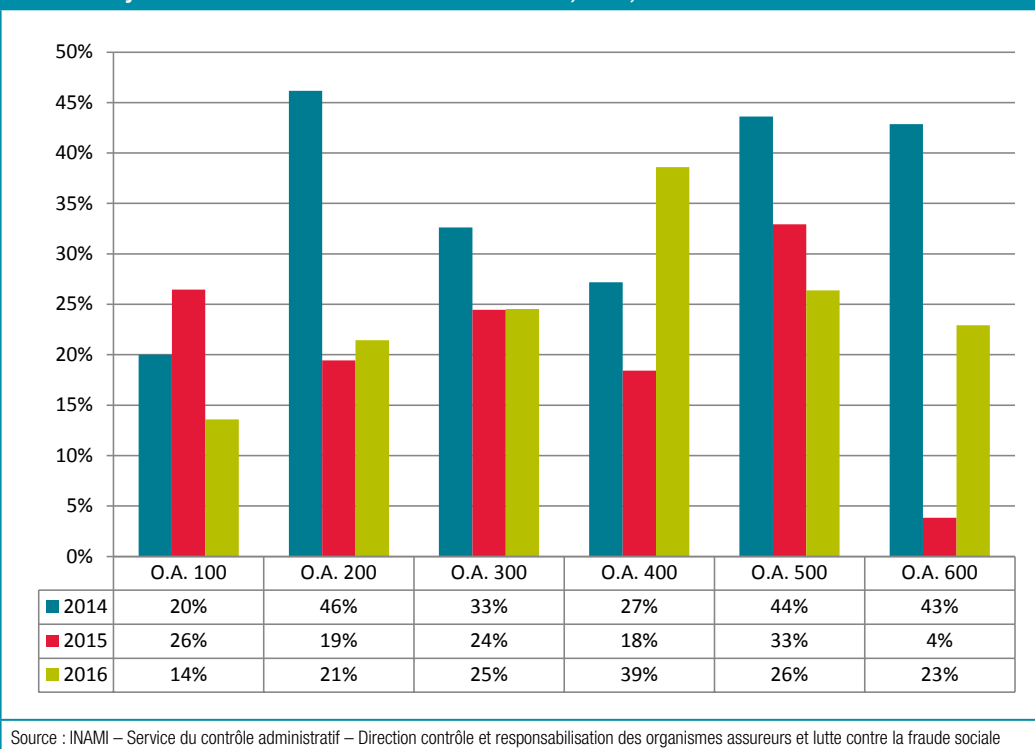
À l'issue de chaque contrôle thématique, un rapport d'analyse est réalisé et diffusé aux organes de gestion de l'INAMI et aux différents acteurs de l'assurance SSI (O.A., ministre de tutelle, partenaires sociaux, etc.). Chaque rapport présente la méthodologie, les résultats des contrôles et contient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

i Un aperçu des résultats de ces contrôles thématiques est repris dans le présent rapport (Cf. 2^e partie, I., 1.).



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 feedback et de recommandations aux mutualités.

Graphique 1 : Contrôles thématiques « indemnités » effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant donné lieu à des constatations en 2014, 2015, 2016



La CAAMI (O.A. 600) est une institution de plus petite taille où un nombre limité de contrôles a donc été effectué. Dès lors, le pourcentage de l'O.A. 600 n'est 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'article 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).



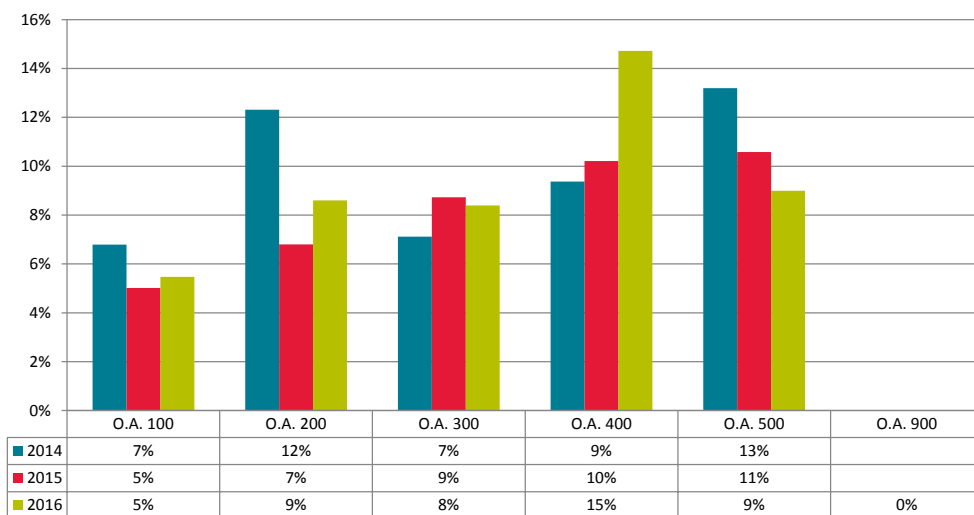
Plus d'informations sur l'OCM sur le site web : www.ocm-cdz.be



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 2014, 2015, 2016



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



La CAAMI (O.A. 600) n'a pas fait l'objet d'un contrôle pour les 3 années de référence.

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.

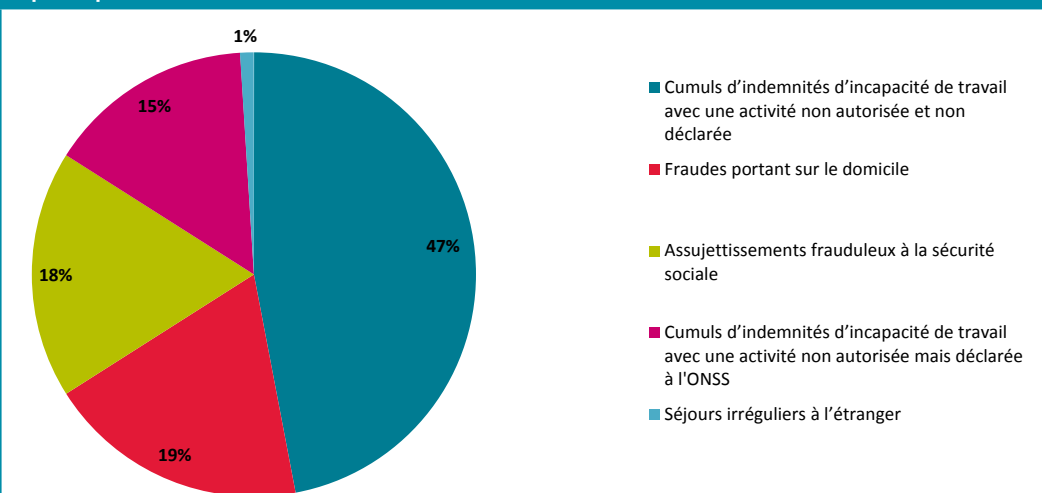
2. Contrôles thématiques et actions de lutte contre la fraude sociale des assurés sociaux

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

- 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 assujettissements frauduleux à la sécurité sociale
- les fraudes portant sur le domicile
- les séjours irréguliers à l'étranger.

En 2016, le SCA a constaté des cas de fraude sociale pour un montant d'environ 5 millions d'euros. Ce montant se répartit comme suit :

Graphique 3 : Lutte contre la fraude sociale – Pourcentage des indus constatés par le SCA en 2016 répartis par motif



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



Un rapport annuel relatif à la lutte contre la fraude sociale est publié chaque année. Il présente les actions du SCA en matière de lutte contre la fraude sociale et donne un aperçu chiffré de ces opérations. Une synthèse de cette publication est reprise dans le présent rapport d'activités (Cf. 2^e Partie, I., 2.).

3. Contrôles à la demande et de suivi

a. Contrôles à la demande : enquêtes

Outre les contrôles thématiques systématiques, le SCA effectue également des contrôles à la demande relatifs à :

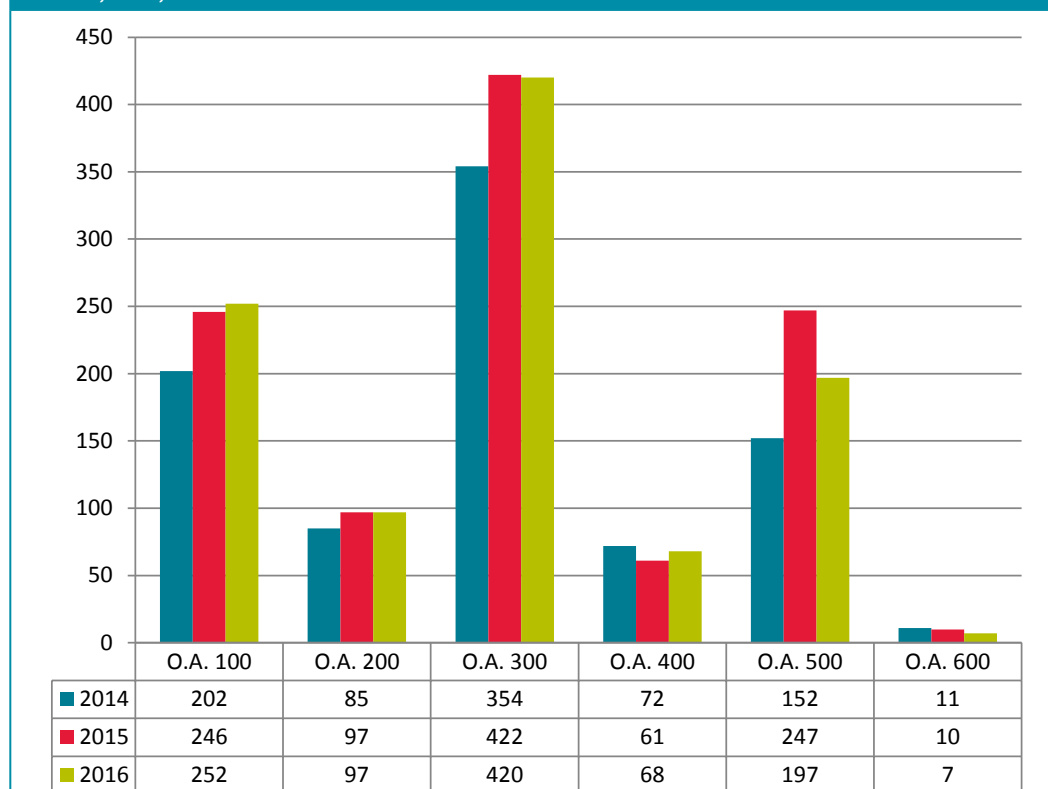
- l'assurance indemnités
- l'assurance soins de santé.

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.



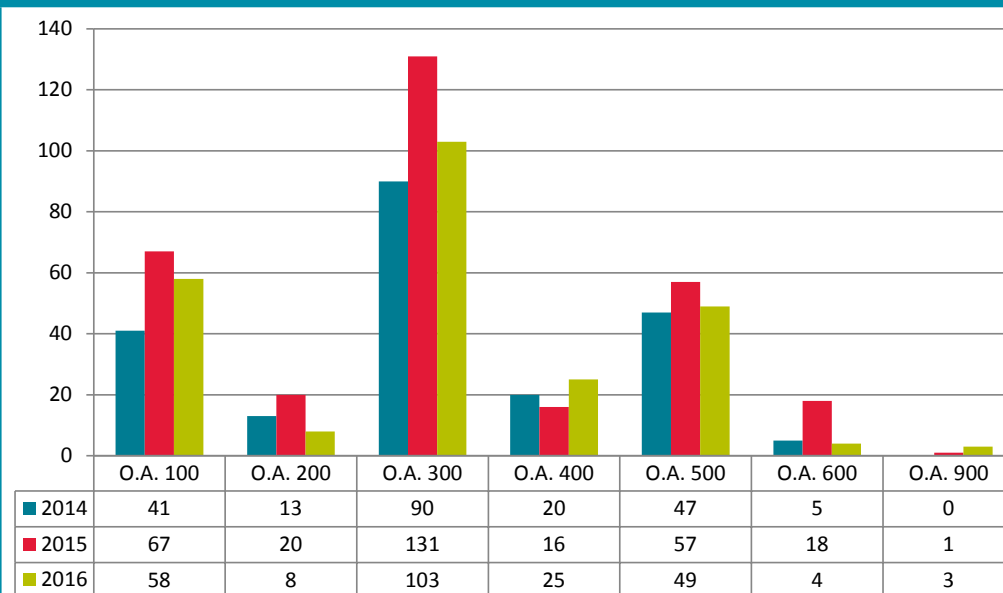
Un aperçu des contrôles à la demande est repris dans le présent rapport (Cf. 2^e partie, I., 3. a.).

Graphique 4 : Contrôles à la demande « indemnités » effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2014, 2015, 2016



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

Graphique 5 : Contrôles à la demande « soins de santé » effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2014, 2015, 2016



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

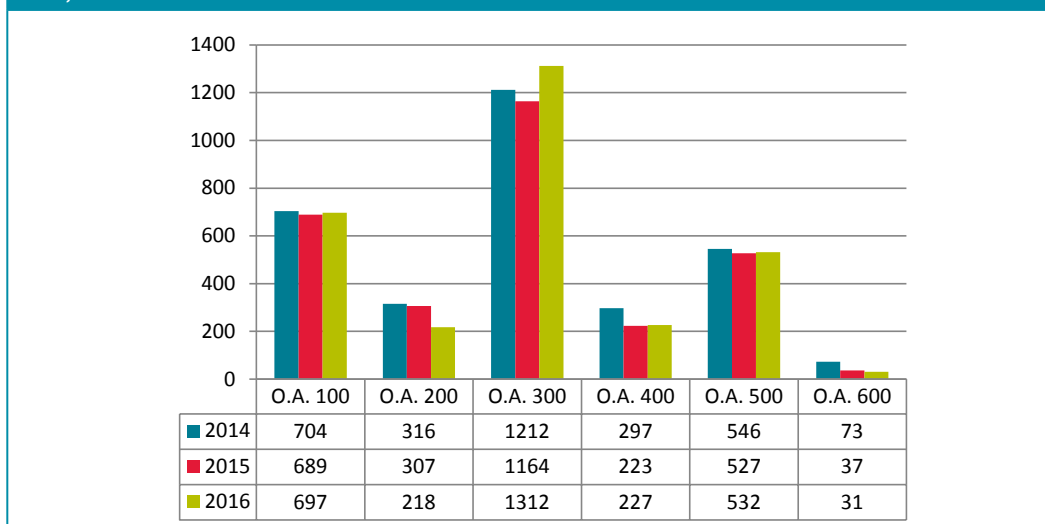
b. Contrôles de suivi

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



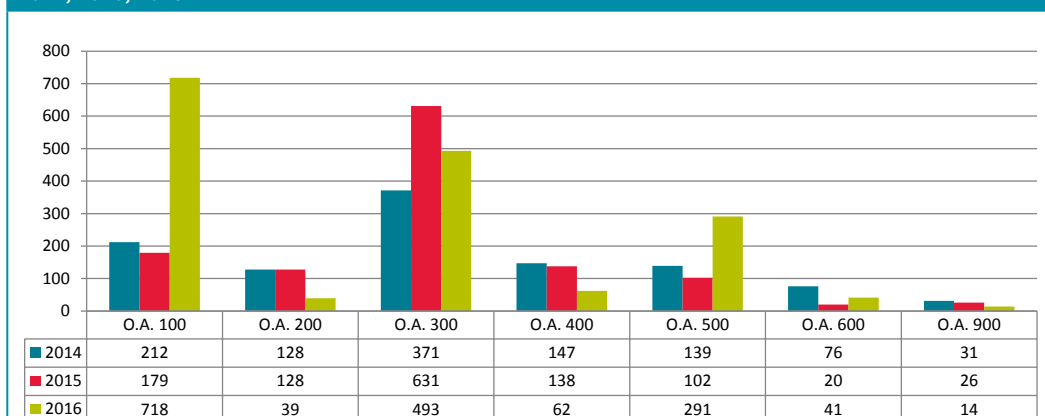
Un aperçu des contrôles de suivi est repris dans le présent rapport (Cf. 2^e partie, I., 3. b.).

Graphique 6 : Contrôles de suivi « indemnités » effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2014, 2015, 2016



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

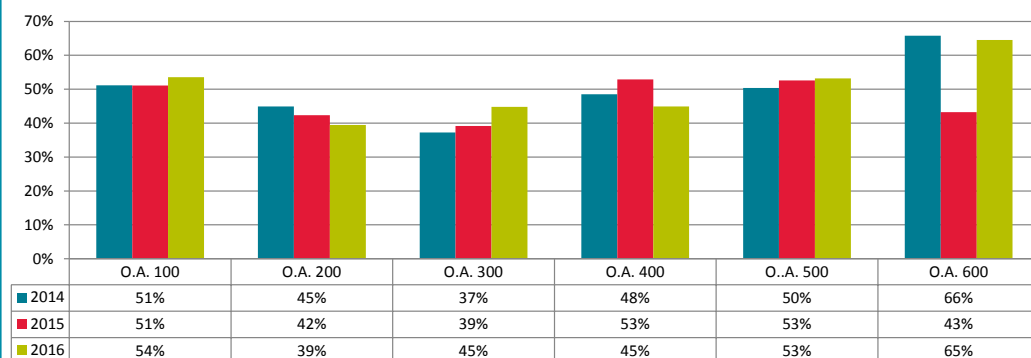
Graphique 7 : Contrôles de suivi « soins de santé » effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2014, 2015, 2016



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 : Contrôles de suivi « indemnités » effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2014, 2015, 2016



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

Graphique 9 : Contrôles de suivi « soins de santé » effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2014, 2015, 2016



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

4. 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.

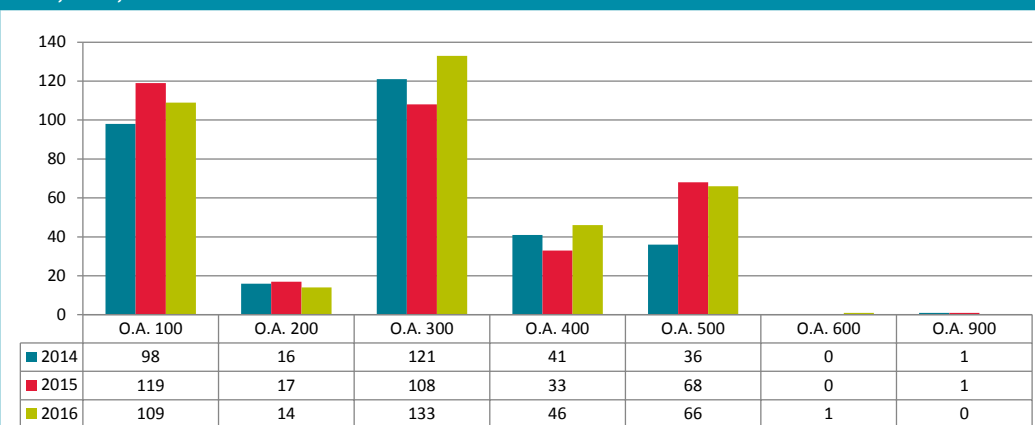
Une dispense ne peut cependant pas être accordée dans les situations suivantes³⁴ :

- 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.



Un aperçu des décisions de dispense est repris dans le présent rapport (Cf. 2^e partie, II., 2. c.).

Graphique 10 : Article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 – Nombre de demandes de dispenses en 2014, 2015, 2016



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

34. 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 SSI.

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 2 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, cohabitants, ascendants et descendants.

À partir de 1993, 2 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.


 Un aperçu des informations relatives aux effectifs est repris dans le présent rapport (Cf. 2^e partie, I., 4. g.).

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.

Tableau 33 : Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration de 2008 à 2016									
Catégorie	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Titulaires (1)									
TIP + Services publics & assimilés	4.201.320	4.246.561	4.266.947	4.285.516	4.302.436	4.310.964	4.308.868	4.295.974	4.231.540
Invalides	215.832	224.453	235.765	249.187	261.017	274.424	289.044	308.533	351.796
Handicapés	72.054	73.323	72.381	72.598	72.872	71.970	72.058	71.844	73.769
Veuves, veufs et orphelins	360.937	356.116	350.145	343.996	336.064	325.689	315.374	3.063.203	288.495
Pensionnés	1.264.128	1.296.471	1.325.193	1.354.763	1.398.639	1.446.241	1.499.695	1.552.663	1.654.326
Personnes inscrites au Registre national	174.391	165.391	155.199	158.051	166.317	165.575	162.704	159.413	168.173
Total (1)	6.288.662	6.362.315	6.405.630	6.464.111	6.537.345	6.594.863	6.647.743	6.694.630	6.768.099
Personnes à charge (2)									
Total (2)	3.097.885	3.081.202	3.087.434	3.100.824	3.105.803	3.110.624	3.115.866	3.117.130	3.124.596
Bénéficiaires (1+2)	9.386.547	9.443.517	9.493.064	9.564.935	9.643.148	9.705.487	9.763.609	9.811.760	9.892.695
Bénéficiaires non assurés	90.343	89.346	103.890	103.011	108.620	119.219	118.547	122.116	121.929

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 34 : Nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité et des communautés religieuses – Situation au 30 juin										
Catégorie	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Titulaires (1)										
TIP	500.948	553.240	561.740	566.225	567.671	571.882	574.896	577.819	585.324	592.340
Invalides	16.760	17.048	17.524	18.270	18.667	19.014	19.544	20.474	21.156	22.451
Pensionnés	57.737	82.531	83.138	83.671	83.937	85.104	86.009	87.427	86.769	86.935
Veuves, veufs et orphelins	14.734	29.463	30.608	28.594	27.965	27.436	26.819	26.288	22.862	22.199
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	7.474
Total (1)	635.928	688.914	696.955	702.181	703.603	708.750	712.257	716.829	723.897	731.399
Personnes à charge (2)										
Total (2)	308.553	338.712	353.845	362.453	366.612	369.206	373.729	376.335	379.968	383.565
Bénéficiaires (1+2)	944.481	1.027.626	1.050.800	1.064.634	1.070.215	1.077.956	1.085.986	1.093.164	1.103.865	1.114.964
Communautés religieuses	1.118	3.009	2.726	2.459	1.993	1.763	1.565	1.424	1.283	990

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 indemnifiables 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 indemnifiables 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**.

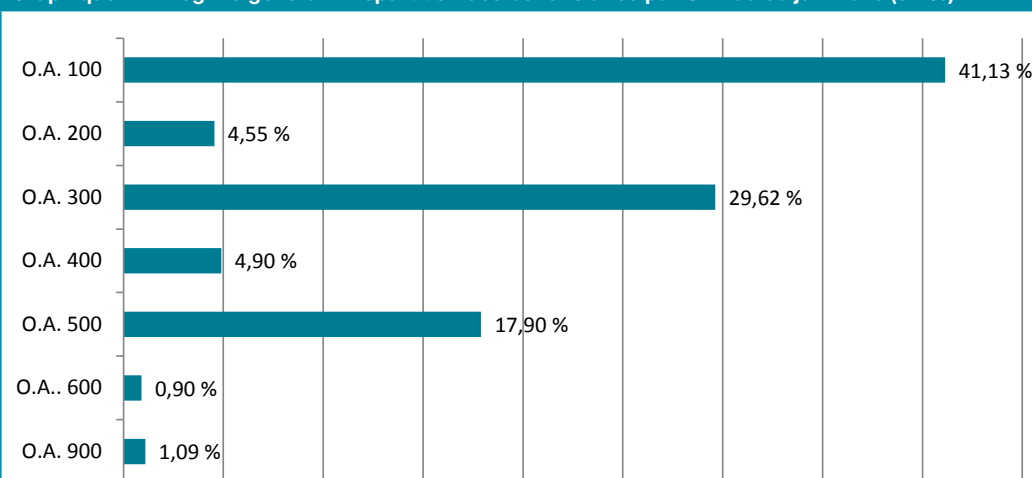
2. Évolution par organisme assureur



Certains graphiques et tableaux portent sur le régime des travailleurs indépendants. Les membres du personnel de la SNCB sont statutaires et ne parviennent donc pas à ce régime. Dès lors, ces graphiques et tableaux ne reprennent pas de chiffres pour la Caisse des soins de santé de HR Rail (O.A. 900).

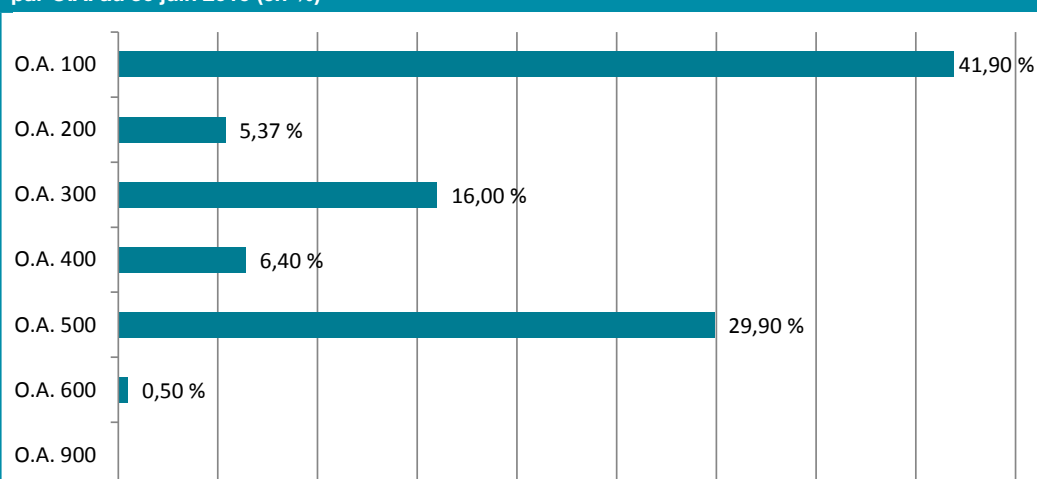
Les graphiques et les tableaux suivants illustrent la répartition des assurés sociaux entre les différents O.A.

Graphique 11 : Régime général – Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2016 (en %)



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

Graphique 12 : Régime des travailleurs indépendants à activité unique – Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2016 (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 2016, dans le régime général (à l'exclusion des bénéficiaires non assurés).

Tableau 35 : 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 %
2016	41,09 %	4,62 %	29,63 %	4,87 %	17,87 %	0,85 %	1,07 %

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 36 : 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 %
2016	41,93 %	5,42 %	15,97 %	6,35 %	29,86 %	0,46 %

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 37 : 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	38,29 %	3,46 %	28,33 %	5,85 %	20,86 %	3,21 %	0,00 %
2016	38,29 %	3,46 %	28,33 %	5,85 %	20,86 %	3,21 %	0,00 %

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


4^e Partie


Informations 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

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

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 2016)	13
Tableau 2	Montants perçus et récupérés en 2016 dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A.	19
Tableau 3	Indemnisation à partir du 1 ^{er} jour du 7 ^e mois de l'incapacité de travail-octroi des minima – Résultats globaux	21
Tableau 4	Indemnisation à partir du 1 ^{er} jour du 7 ^e mois de l'incapacité de travail-octroi des minima – Résultats de l'échantillon aléatoire	21
Tableau 5	Indemnisation à partir du 1 ^{er} jour du 7 ^e mois de l'incapacité de travail-octroi des minima – Résultats des 4 datamatchings.....	22
Tableau 6	Intervention majorée – Nombre de cas contrôlés	24
Tableau 7	Cumuls interdits en invalidité – Année de dépenses 2014 – Cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total.....	27
Tableau 8	Cumuls interdits en incapacité primaire – Dépenses du 1 ^{er} et du 2 ^e trimestre 2015 – Cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total.....	27
Tableau 9	Cumuls interdits en invalidité 2006-2014 – Cas examinés, cas erronés et indu total	27
Tableau 10	Cumuls interdits : dépenses en incapacité primaire 2013-2015 – Cas examinés, cas erronés et indu total.....	28
Tableau 11	Cumul avec une activité non autorisée – Origines des nouvelles demandes 2016.....	30
Tableau 12	Cumul avec une activité non autorisée – Nombre d'enquêtes terminées en 2016 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 2016.....	30
Tableau 14	Contrôle thématique relatif au « contrôle technique automobile » – Statut des cas contrôlés	32
Tableau 15	Séjours irréguliers à l'étranger – Constatations et total général de 2014 à 2016.....	35
Tableau 16	Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale – Nombre de constatations et indu total par secteur constatés en 2016.....	36
Tableau 17	Nombre de signalements reçus par le SCA via le point de contact pour une concurrence loyale de 2015 à 2016.....	37
Tableau 18	Enquêtes réalisées en 2016 – Nombre avec ou sans constatation et nombre total	39
Tableau 19	MAF - Nombre de fichiers transmis, de ménages qui atteignent le montant plafonné de 450 EUR et d'erreurs dans la composition du ménage en 2016	42
Tableau 20	Nombre de demandes relatives aux bons de cotisation en 2016, par type/cause	46
Tableau 21	Nombre de duplicatas d'attestations de pension demandés et délivrés en 2016	47

Tableau 22	Nombre de bénéficiaires du MAF pour l'année MAF 2016 au 1 ^{er} janvier 2017...	50
Tableau 23	Décisions en matière d'assurabilité – Aperçu du nombre de demandes en 2016, ventilées par type de demande	51
Tableau 24	Sitadis – Tableau comparatif Access / SAS	55
Tableau 25	Sanctions et amendes prévues par la loi SSI.....	61
Tableau 26	Sanctions aux assurés prononcées en 2016	62
Tableau 27	Sanctions appliquées par les O.A. en 2015	63
Tableau 28	Nombre de demandes et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés de 2014 à 2016	67
Tableau 29	Nombre de décisions de suspension de prescription pour force majeure positives ou négatives et nombre total de 2011 à 2016	67
Tableau 30	Nombre de décisions de sanctions aux assurés sociaux qui ont fait l'objet d'un litige de 2011 à 2016.....	69
Tableau 31	Nombre de contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de 2 ans pour cause de force majeure de 2011 à 2016.....	75
Tableau 32	Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration de 2011 à 2016.....	76
Tableau 33	Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration de 2008 à 2016.....	91
Tableau 34	Nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité et des communautés religieuses – Situation au 30 juin	92
Tableau 35	Régime général – Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en %)	94
Tableau 36	Régime des travailleurs indépendants à activité unique – Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en %)	95
Tableau 37	Bénéficiaires non assurés – Evolution par O.A. au 30 juin (en %).....	95

2. Graphiques

Graphique 1	Contrôles thématiques « indemnités » effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant donné lieu à des constatations en 2014, 2015 et 2016...	81
Graphique 2	Contrôles thématiques « article 195 de la loi SSI » effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant abouti à des constatations en 2014, 2015 et 2016	82
Graphique 3	Lutte contre la fraude sociale - Pourcentage des indus constatés par le SCA en 2016.....	83
Graphique 4	Contrôles à la demande « indemnités » effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2014, 2015 et 2016.....	84
Graphique 5	Contrôles à la demande « soins de santé » effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2014, 2015 et 2016.....	85
Graphique 6	Contrôles de suivi « indemnités » effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2014, 2015 et 2016.....	86
Graphique 7	Contrôles de suivi « soins de santé » effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2014, 2015 et 2016.....	86
Graphique 8	Premiers contrôles de suivi « indemnités » effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2014, 2015 et 2016.....	87
Graphique 9	Premiers contrôles de suivi « soins de santé » effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2014, 2015 et 2016.....	87
Graphique 10	Article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 – Nombre de demandes de dispense en 2014, 2015 et 2016.....	88
Graphique 11	Régime général – Pourcentage de la répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2016.....	93
Graphique 12	Régime des travailleurs indépendants à activité unique – Pourcentage des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2016.....	93

Date de publication : Septembre 2017

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/2017/0401/7