

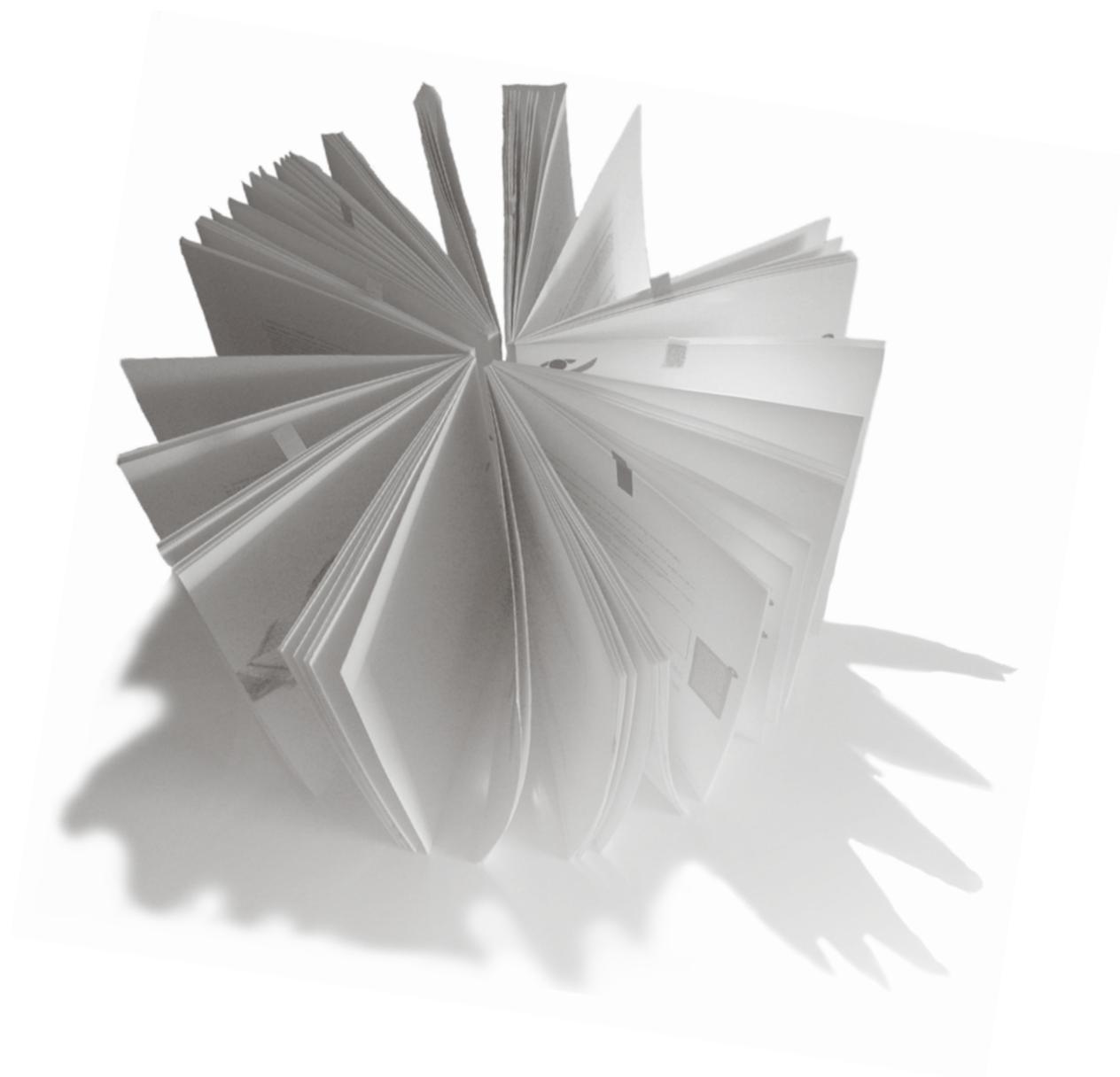
Sommaire

1 ^{re} Partie - Études ¹	281
Assurance maladie des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants : indemnités - évolution 2006-2011, par L. Verbruggen et W. Vandamme	282
2 ^e Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	309
2 ^e trimestre 2011	310
3 ^e Partie - Jurisprudence	321
I. Conseil d'État, arrêt n° 214.501 du 7 juillet 2011 Loi du 14 juillet 1994, article 36 <i>duodecies</i> A.R. du 12 août 2008 Médecins généralistes – Groupements de médecins généralistes – Fonds d'impulsion – Pas de violation du principe d'égalité ni du principe de précaution	322
II. Cour de Cassation, 16 mai 2011 Loi du 14 juillet 1994, articles 136, § 2, alinéas 4 et 6 et 170, e) Non respect de l'obligation d'avertir - Responsabilité civile - Subrogation - Récupération	324
III. Cour du travail de Mons, 13 octobre 2011 Loi du 14 juillet 1994, article 100 Incapacité de travail - Critères - Groupe de professions	325
IV. Cour du travail de Liège, section de Namur, 20 octobre 2011 Loi du 14 juillet 1994, article 100 Incapacité de travail - Groupe de professions - Exclusion des travaux lourds	327
V. Cour du travail de Liège, 14 octobre 2011 A.R. du 14 septembre 1984, article 14, d) Nomenclature - By-pass gastrique - Conditions - Âge - D'ordre public	329
VI. Cour du travail d'Anvers, section de Hasselt, 3 juin 2011 Constitution, article 159 Loi du 14 juillet 1994, article 69, § 4 Financement de maisons de repos pour personnes âgées – Disposition modificative – Légalité des actes administratifs – Intérêt général – Mesure budgétaire – Pas de violation	332

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

4 ^e Partie - Questions et réponses parlementaires	341
I. Médecine générale	
Fonds d'impulsion - Impulseo I, II et III	342
II. Informatisation des soins de santé	
Carte SIS - Remplacement par la carte d'identité électronique	344
III. Publicité pour les services médicaux	
Réglementation	346
IV. Lutte contre la fraude	
Mesures	349
5 ^e Partie - Directives	353
Procédure de régularisation en cas de reprise de travail non autorisée exercé par un titulaire reconnu en incapacité de travail	354
6 ^e Partie - Données de base	361
I. Statut BIM. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1 ^{er} , 5 ^o et 6 ^o) à partir du 1 ^{er} septembre 2011	362
II. Revalorisation des indemnités au 1 ^{er} septembre 2011	362
III. Modification du tableau IV repris en annexe de la circulaire relative à l'adaptation des prestations à l'indice santé : Allocations de chômage, d'attente et de transition	369
IV. Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224, § 3)	371
V. Tarifs et remboursements des prestations de santé	372
7 ^e Partie - Statistiques	375
Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1 ^{er} semestre 2011	376
8 ^e Partie - Bibliographie	397
Gezondheidszorg in een notendop (Les soins de santé en bref)	398
9 ^e Partie - Prix des publications	399
Publications de l'INAMI et tarifs pour 2012	400

1^{re} Partie Études



Assurance maladie des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants : indemnités - évolution 2006-2011¹

Par L. Verbruggen et W. Vandamme, Direction des Affaires juridiques du Service des indemnités

1. Législation

a. Dispositions communes aux travailleurs salariés et aux travailleurs indépendants

OCTROI D'UNE ALLOCATION FORFAITAIRE POUR L'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE

Sous réserve de satisfaire aux conditions légales en vigueur, l'ensemble des titulaires pouvaient, jusqu'au 31 décembre 2006 inclus, prétendre, à partir du quatrième mois d'incapacité de travail primaire, à une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne. Au cours de la période d'invalidité, seul le titulaire ayant personne à charge pouvait prétendre à cette allocation journalière forfaitaire. Sur la base de la reconnaissance de la nécessité de l'aide d'une tierce personne, le titulaire sans charge de famille pouvait bénéficier d'indemnités en tant que titulaire avec charge de famille.

À partir du 1^{er} janvier 2007, tous les titulaires répondant aux critères de reconnaissance de la nécessité de l'aide d'une tierce personne, peuvent, indépendamment de leur situation familiale, prétendre à cette allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne et ce, à partir du quatrième mois d'incapacité de travail².

QUALITÉ DE TITULAIRE AVEC/SANS CHARGE DE FAMILLE

• Extension de la catégorie de titulaire sans charge de famille-isolé

Une nouvelle catégorie de titulaires isolés a été instaurée depuis le 1^{er} janvier 2010. Si le titulaire cohabite avec une personne qui peut en principe être personne à charge et qui perçoit un revenu de remplacement supérieur à 805,06 EUR, sans toutefois dépasser le montant de 930,00 EUR (montants en vigueur au 01.01.2010), le titulaire est alors assimilé à un titulaire sans charge de famille - isolé³.

1. Repris par J. PUT et V. VERDEYEN (éd.), *Évolutions de la sécurité sociale*, Leuven, die keure, 2011, p. 802.

2. Dans le cadre de l'assurance indemnités pour les travailleurs salariés : A.R. du 29.01.2007 modifiant, en ce qui concerne l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne, l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 21.02.2007 (Éd. 2) ; dans le cadre de l'assurance indemnités pour les travailleurs indépendants : A.R. du 21.12.2006 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 29.12.2006 (Éd. 6).

3. Art. 226**bis**, § 2, al. 1^{er} de l'arrêté AMI de 1996 ; A.R. du 22.02.2010 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 09.03.2010 (Éd.1).

• Mesures de neutralisation

L'article 225, § 5, de l'arrêté royal AMI de 1996⁴ contient une mesure transitoire qui doit garantir que le titulaire ayant perdu la qualité de titulaire avec charge de famille en raison de l'augmentation du montant des indemnités d'invalidité accordées aux travailleurs indépendants à partir du 1^{er} janvier 2006, puisse néanmoins maintenir cette qualité, à condition qu'il se trouve toujours dans la même situation.

À l'origine, cette mesure ne devait s'appliquer que jusqu'au 31 décembre 2008 mais elle a été prolongée à plusieurs reprises depuis⁵.

L'augmentation, à partir du 1^{er} juillet 2008, des minima de pension des travailleurs salariés par l'arrêté royal du 12 juin 2008⁶, d'une part, et des minima de pension des travailleurs indépendants par la loi-programme du 8 juin 2008⁷, d'autre part, est neutralisée en vertu de l'article 225, § 6, de l'arrêté royal AMI de 1996⁸, à condition que le titulaire avec charge de famille se trouve toujours dans la même situation.

L'article 225, § 7, l'article 226*bis*, § 1^{er}, alinéa 2, et l'article 226*bis*, § 2, alinéa 2, de l'arrêté royal AMI de 1996⁹ neutralisent différentes mesures prises en exécution du Pacte de solidarité entre les générations¹⁰, à condition que le titulaire avec charge de famille ou le titulaire isolé se trouve toujours dans la même situation.

Enfin, l'article 225, § 8, l'article 226*bis*, § 1^{er}, alinéa 3, et l'article 226*bis*, § 2, alinéa 3, de l'arrêté royal AMI de 1996 prévoient que l'intéressé peut maintenir sa qualité de titulaire avec charge de famille ou de titulaire sans charge de famille-isolé si les revenus de la personne à charge ou de la personne cohabitante dépassent le plafond uniquement en raison de l'augmentation à partir du 1^{er} août 2010 des minima de pension des travailleurs indépendants, à condition que le titulaire concerné se trouve toujours dans la même situation¹¹.

PROCÉDURE DE RÉGULARISATION EN CAS DE REPRISSE DE TRAVAIL NON AUTORISÉE PAR UN TITULAIRE RECONNU INCAPABLE DE TRAVAILLER

Dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés, l'article 101 de la loi AMI de 1994 décrit une procédure de régularisation de la situation du titulaire reconnu incapable de travailler qui a repris une activité sans l'autorisation préalable du médecin-conseil ou qui n'a pas respecté les conditions de l'autorisation. La régularisation contient un volet médical et un volet administratif.

4. A.R. du 19.05.2006 modifiant l'art. 225 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 27.06.2006 (Éd.1).
 5. A.R. du 21.10.2008 modifiant l'art. 225, § 5, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 24.11.2008 (Éd. 1) (prolongation jusqu'au 31.12.2009) et A.R. du 13.06.2010 modifiant l'art. 225, § 5, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 21.06.2010 (prolongation jusqu'au 31.12.2010). Cette mesure est une fois de plus prolongée jusqu'au 31.12.2011 (l'A.R. n'a pas encore été publié).
 6. A.R. du 12.06.2008 portant augmentation du montant minimum garanti des pensions de retraite et de survie pour travailleurs salariés, M.B. du 09.07.2008.
 7. Loi-programme du 08.06.2008, M.B. du 16.06.2008.
 8. A.R. du 12.08.2008 modifiant l'art. 225 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 04.09.2008.
 9. Pour l'art. 225, § 7, et l'art. 226*bis*, § 1^{er}, al. 2 de l'arrêté AMI de 1996 : cf. A.R. du 31.01.2010 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 08.02.2010 (Éd. 2) ; pour l'art. 226*bis*, § 2, al. 2, de l'arrêté AMI de 1996 : cf. A.R. du 22.02.2010 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 09.03.2010 (Éd. 1).
 10. Cela concerne notamment les mesures de revalorisation prises en exécution du Titre II, Chapitre II ou du Titre V, Chapitre I de la loi du 23.12.2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, M.B. du 30.12.2005 (Éd. 2).
 11. Au moment d'achever la rédaction de la présente contribution, l'A.R. modifiant l'arrêté AMI de 1996 n'avait pas encore été publié.

Le renforcement de la lutte contre la fraude sociale constituant un objectif important au niveau stratégie, l'article 101 a été profondément modifié à partir du 31 décembre 2010¹². Cette modification implique une simplification administrative de la procédure de régularisation. Ainsi, il n'y a plus lieu de régulariser rétroactivement, sur le plan médical, la situation du titulaire reconnu incapable de travailler qui a repris une activité non autorisée (il n'y a plus de reconnaissance rétroactive de l'incapacité de travail). L'examen médical à effectuer n'a plus pour seul objectif que d'évaluer l'incapacité au moment de l'examen et ultérieurement.

L'arrêté royal AMI de 1996 détermine en outre¹³ que cet examen médical doit être effectué dans un délai de trente jours ouvrables à compter de la constatation, par l'organisme assureur, de l'activité non autorisée ou de la communication de celle-ci à l'organisme assureur. Si l'examen médical aboutit à la fin de la reconnaissance, la décision de fin de reconnaissance doit être notifiée dans les mêmes délais que ceux actuellement en vigueur pour les décisions de fin d'incapacité de travail des titulaires non assujettis à la procédure visée à l'article 101.

Sur le plan administratif, la mutualité doit procéder à la récupération des indemnités indûment perçues par l'intéressé dans le cadre de l'exercice de l'activité non autorisée. La récupération doit être limitée aux jours durant lesquels ou à la période durant laquelle l'assuré a effectivement exercé l'activité non autorisée et cette récupération limitée n'est plus subordonnée à la condition d'une régularisation sur le plan médical. Les jours ou la période pour lesquels les indemnités sont récupérées, sont assimilés à des jours indemnisés pour la détermination des droits aux prestations de sécurité sociale du titulaire ainsi que des personnes à charge de celui-ci.

Le Comité de gestion du Service des indemnités de l'INAMI peut toutefois renoncer, en tout ou en partie, à la récupération des indemnités indûment perçues dans les cas dignes d'intérêt, dépourvus d'intention frauduleuse. Ce nouvel article 101 prévoit expressément les critères à prendre en compte lors de la prise de décision finale relative à une éventuelle renonciation :

- 1° la situation sociale et financière du titulaire de même que tout élément personnel pertinent
- 2° l'assujettissement ou non des activités non autorisées à la sécurité sociale
- 3° le volume des activités précitées ainsi que l'importance des revenus concernés.

Par analogie avec ce qui est prévu pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés, l'article 23^{ter} de l'arrêté relatif à l'incapacité de travail des travailleurs indépendants sera également adapté dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants en ce sens que plus aucune régularisation médicale ne sera nécessaire pour le passé¹⁴.

12. Loi du 28.04.2010 portant des dispositions diverses, M.B. du 10.05.2010 (Éd. 1).

13. A.R. du 12.12.2010 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 20.12.2010 (Éd.2).

14. Au moment d'achever la rédaction de la présente contribution, l'A.R. modifiant l'arrêté relatif à l'incapacité de travail des travailleurs indépendants n'avait pas encore été publié.

RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

Dans le but d'une (meilleure) insertion professionnelle des titulaires reconnus incapables de travailler, la section 4 de la loi du 13 juillet 2006¹⁵ contient diverses dispositions modifiant fondamentalement la réglementation relative à la réadaptation professionnelle des titulaires reconnus incapables de travailler. Ainsi, la compétence en matière d'approbation des demandes de réadaptation professionnelle a été transférée du Collège des médecins-directeurs – organe du Service des soins de santé de l'INAMI – au Conseil médical de l'invalidité qui est un organe du Service des indemnités de l'INAMI. La date de ce transfert a été fixée le 1^{er} juillet 2009¹⁶ et les dispositions d'exécution nécessaires décrivent quelques modalités relatives à cette réadaptation professionnelle¹⁷.

Concrètement, l'assurance indemnités assure la prise en charge de l'ensemble des prestations ou services, tels que la formation, l'accompagnement ou l'apprentissage, qui constituent un programme destiné à restaurer ou valoriser, en tout ou en partie, la capacité de travail restante du titulaire en vue de favoriser l'insertion professionnelle complète de l'intéressé. Même les examens préalables, tels que les examens d'orientation professionnelle qui précèdent la réadaptation proprement dite et qui déterminent dans quelle mesure un tel programme est envisageable ou utile, peuvent être indemnisés par l'assurance indemnités.

Le médecin-conseil de la mutualité où l'assuré est affilié a pour mission d'introduire une demande – laquelle s'effectue sur une base volontaire – auprès du Conseil médical de l'invalidité. En cas d'approbation par ce dernier, le médecin-conseil assure le suivi du titulaire pendant le programme et il lui incombe en outre de répertorier les résultats de la réadaptation et de la réinsertion.

Il existe une présomption légale d'incapacité de travail tant que le programme est en cours et l'intéressé continue également par la suite à être reconnu incapable de travailler jusqu'au moment de la réévaluation qui aura lieu au plus tôt six mois après l'expiration du mois où le programme a été suivi (sauf si la reprise de l'activité par le titulaire est intervenue plus tôt). Il est prévu de prendre en compte les compétences professionnelles nouvellement acquises lors de la réévaluation effectuée à l'issue du programme.

Le titulaire peut prétendre à une prime d'un euro par heure de formation, d'accompagnement ou d'apprentissage effectivement suivie. Si le programme s'achève avec succès, l'intéressé a droit à une intervention forfaitaire de 250 EUR.

Les mêmes principes s'appliquant aux titulaires indépendants, l'arrêté relatif à l'incapacité de travail des travailleurs indépendants sera également modifié sur certains points¹⁸.

En exécution de ce cadre légal, différents accords de collaboration sont préparés par l'INAMI et les Offices régionaux de l'emploi (comme, par ex., le VDAB et le FOREM).

15. Loi du 13.07.2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle, M.B. du 01.09.2009.

16. A.R. du 30.03.2009 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 02.06.2009 (Éd. 1).

17. A.R. du 30.03.2009 fixant la date d'entrée en vigueur du Chapitre III, Section 4, de la loi du 13.07.2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle, M.B. du 02.06.2009 (Éd. 1).

18. A.R. du 10.01.2010 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 05.02.2010 (Éd. 2).

b. Assurance indemnités des travailleurs salariés

PRINCIPALES MESURES RELATIVES AU MONTANT DES INDEMNITÉS

- **L'indemnité d'incapacité primaire s'élevant, pour l'ensemble des titulaires, à 60% de la rémunération journalière moyenne**

Le titulaire sans charge de famille-cohabitant pouvait jusqu'au 31 décembre 2008 inclus prétendre à une indemnité s'élevant à 55 % de la rémunération journalière moyenne à partir du 31^e jour de l'incapacité de travail. À partir du 1^{er} janvier 2009, tous les titulaires bénéficient au cours de la période d'incapacité de travail primaire d'une indemnité s'élevant en principe à 60 % de la rémunération journalière moyenne¹⁹.

- **Valorisation progressive de l'indemnité jusqu'à concurrence de 55 % de la rémunération journalière moyenne pour un titulaire sans charge de famille-isolé**

À compter du 1^{er} janvier 2008, l'indemnité d'invalidité accordée à un titulaire sans charge de famille-isolé s'élève en principe à 53 % de la rémunération journalière moyenne (au lieu de 50 %)²⁰. Cette indemnité a été revalorisée, à compter du 1^{er} mai 2009, jusqu'à concurrence de 55 % de la rémunération journalière moyenne²¹.

- **Montant minimum de l'indemnité accordée à un travailleur salarié régulier : liaison au montant minimum garanti de pension de retraite pour un travailleur salarié**

À compter du 1^{er} janvier 2007, le montant minimum de l'indemnité accordée au titulaire avec charge de famille et au titulaire sans charge de famille-isolé ayant la qualité de travailleur régulier, est lié au montant minimum garanti de pension de retraite pour un travailleur salarié avec une carrière complète. Une augmentation des montants des pensions minimales entraîne donc automatiquement une augmentation des indemnités minimales correspondantes pour un travailleur salarié régulier²².

Pour le titulaire avec charge de famille, ce montant minimum de l'indemnité est égal au montant du minimum garanti de pension de retraite de ménage, évalué en jours ouvrables. Pour le titulaire sans charge de famille-isolé, cette indemnité équivaut au montant minimum garanti de pension de retraite pour les autres travailleurs salariés, évalué en jours de travail.

Pour le titulaire sans charge de famille-cohabitant, rien ne change (pas de liaison). L'indemnité minimale pour cette catégorie de titulaires bénéficie, quant à elle, d'une revalorisation²³.

- **Octroi d'une prime de rattrapage aux invalides de longue durée**

Afin de garantir le pouvoir d'achat des titulaires invalides de longue durée, la loi AMI de 1994 prévoit la possibilité de revaloriser, sous la forme d'une prime de rattrapage, les indemnités de certains invalides²⁴. En exécution de celle-ci, il est prévu d'allouer une prime forfaitaire aux titulaires invalides qui, au 31 décembre de l'année précédant l'année de son octroi, sont reconnus incapables de travailler depuis une durée minimum de cinq ans. La prime de rattrapage est toujours payée avec les indemnités du mois de mai. Elle est payée pour la première fois avec les indemnités dues pour le mois de mai 2010²⁵.

19. A.R. du 12.02.2009 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 12.03.2009 (Éd. 2).

20. A.R. du 05.06.2007 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 29.06.2007 (Éd. 3).

21. A.R. du 12.02.2009 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 12.03.2009 (Éd. 2).

22. Loi-programme (I) du 27.12.2006, M.B. du 28.12.2006 (Éd. 3) ; A.R. du 05.06.2007 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 29.06.2007 (Éd. 3).

23. A.R. du 05.06.2007 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 29.06.2007 (Éd. 3); A.R. du 12.02.2009 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 12.03.2009 (Éd. 2).

24. Loi du 30.12.2009 portant des dispositions diverses, M.B. du 31.12.2009 (Éd. 3).

25. A.R. du 02.06.2010 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 07.06.2010 (Éd. 2).

REFUS DES INDEMNITÉS POUR LES JOURS COUVERTS PAR LE PÉCULE DE VACANCES

En règle générale, le titulaire reconnu incapable de travailler ne peut bénéficier d'indemnités pour les jours couverts par le pécule de vacances. Ce principe s'applique à l'ensemble des travailleurs, indépendamment de leur régime de travail. Étant donné que la caisse de vacances exprime le nombre de jours de vacances accordés aux ouvriers en fonction d'une occupation à temps plein dans un régime de cinq jours, on a constaté que le nombre de jours de vacances pour lesquels la mutualité refusait le paiement des indemnités ne correspondait pas nécessairement au nombre de jours de vacances mentionnés sur l'attestation de la caisse de vacances. La mutualité doit donc reconverter ce nombre de jours de vacances en fonction d'une semaine de six jours, en tenant compte de l'occupation à temps partiel de l'intéressé. Actuellement, il est expressément précisé que la période couverte par le pécule de vacances est déterminée en fonction du nombre de jours de vacances ainsi que de la durée hebdomadaire moyenne de travail du travailleur salarié concerné occupé à temps partiel, la période couverte par les jours de vacances légales ne pouvant excéder quatre semaines.²⁶

REPRISE D'UNE ACTIVITÉ AUTORISÉE – IMPUTATION DU REVENU PROFESSIONNEL

Moyennant l'autorisation préalable du médecin-conseil, le titulaire reconnu incapable de travailler peut partiellement reprendre une activité²⁷. En vertu de l'article 230, § 1^{er}, de l'arrêté royal AMI de 1996, les revenus professionnels découlant de cette activité sont déduits de l'indemnité.

Les indemnités sont refusées pour les jours couverts par un pécule de vacances. Pour les titulaires invalides qui avaient repris une activité restreinte, le montant des indemnités refusées pour les jours de vacances pouvait être nettement supérieur au montant du pécule de vacances (calculé sur la base du revenu (limité) découlant de l'activité). Pour remédier à ce problème, une mesure de correction a été prise à partir du 1^{er} janvier 2006 : les titulaires peuvent désormais prétendre à un montant égal au montant de l'indemnité auquel ils auraient pu prétendre s'ils n'avaient pas repris d'activité, diminué du double de la valeur du revenu professionnel du mois concerné, évalué en jours ouvrables²⁸.

Afin de simplifier l'imputation des revenus professionnels, la réglementation a été (à nouveau) sensiblement modifiée à partir du 1^{er} janvier 2009²⁹. Ainsi, les avantages annuels comme le treizième mois et la prime de fin d'année, ne doivent plus être déduits de l'indemnité. En outre, en ce qui concerne les jours de vacances du titulaire invalide, le montant des indemnités auquel il aurait pu prétendre s'il n'avait pas repris d'activité, n'est plus diminué du double de la valeur journalière du revenu professionnel du mois concerné. Pour ces jours de vacances, il n'est tenu compte que de la seule valeur journalière du revenu professionnel du mois, moyennant l'application des tranches de rémunérations. Pour les titulaires qui se trouvent dans une période d'incapacité de travail primaire, la règle du refus des indemnités pour les jours couverts par un pécule de vacances demeure toutefois applicable.

26. A.R. du 29.01.2007 modifiant, en ce qui concerne le cumul des indemnités d'incapacité de travail et du pécule de vacances, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 21.02.2007 (Éd. 2).

27. Cf. l'art. 100, § 2, de la loi AMI de 1994 et l'art. 230, § 2, de l'A.R. AMI de 1996.

28. A.R. du 21.12.2006 modifiant, en ce qui concerne le cumul entre les indemnités et un revenu professionnel, l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 19.01.2007.

29. A.R. du 17.07.2009 modifiant, en ce qui concerne le cumul entre les indemnités et un revenu professionnel, l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 04.08.2009 (Éd. 1).

ASSURANCE MATERNITÉ

• Écartement du travail

La loi de relance économique du 27 mars 2009³⁰ harmonise les indemnités accordées en cas d'écartement des femmes enceintes. Ainsi, l'assurance maternité indemnise, à partir du 1^{er} janvier 2010, tous les cas d'écartement du travail qui surviennent lorsqu'un risque a été constaté en application de l'article 41 de la loi du 16 mars 1971 sur le travail et lorsque l'employeur a pris une des mesures visées à l'article 42, § 1^{er}, de cette même loi. Le Fonds des maladies professionnelles (FMP) ne prend donc plus aucun cas d'écartement en charge.

En cas d'écartement total du travail avant l'accouchement, la travailleuse enceinte peut prétendre à une indemnité équivalente à 78,237 % de la rémunération journalière moyenne, jusqu'à la sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement. En cas d'écartement total après l'accouchement, la travailleuse continue à percevoir, comme par le passé, une indemnité correspondant à 60 % du salaire journalier moyen³¹.

Le calcul de l'indemnité en cas d'écartement partiel du travail reste inchangé³². Cette forme d'écartement du travail survient, dans un premier temps, lorsque la travailleuse enceinte exerce un travail adapté avec perte de salaire. Dans ce cas, elle peut prétendre à une indemnité correspondant à 60 % du salaire journalier moyen découlant de son occupation avant la mesure de protection de la maternité. Cependant, cette indemnité est réduite à concurrence du montant du revenu professionnel perçu dans le cadre de l'exercice du travail adapté (réduction à concurrence d'un certain pourcentage fixé par tranche de revenus, conformément aux dispositions de l'art. 230 de l'A.R. AMI de 1996). Il est également question d'un écartement partiel lorsque la travailleuse exerce plusieurs activités salariées et que la suspension de l'exécution du contrat de travail ou la dispense de travail ne concernent qu'une ou plusieurs mais pas toutes ses activités. En principe, l'intéressée reçoit une indemnité égale à 60 % du salaire journalier moyen découlant de l'activité dont elle est écartée. Cette indemnité est néanmoins limitée à un plafond qui correspond à 60 % de la somme des rémunérations journalières moyennes que la travailleuse percevait avant la mesure de protection de la maternité, dont il convient de déduire le salaire perçu chez l'employeur auprès duquel la travailleuse poursuit son activité (déduction de ce revenu conformément à la règle de cumul visée à l'art. 230 précité).

• Repos de maternité

Pour les accouchements qui ont lieu à partir du 1^{er} septembre 2006, le repos de maternité peut, à la demande de la titulaire, être prolongé d'une semaine lorsque la mère a été en incapacité de travail ininterrompue durant la période de six semaines précédant l'accouchement (ou huit semaines en cas de naissance multiple). La loi du 16 mars 1971 sur le travail et la loi AMI de 1994 ont été modifiées dans ce sens³³.

Pour les accouchements qui ont lieu à partir du 1^{er} septembre 2009, la période de repos postnatal de 9 semaines prend cours le jour qui suit le jour de l'accouchement lorsque la travailleuse a entamé le travail le jour de l'accouchement. Les modifications nécessaires ont été apportées à la loi du 16 mars 1971 sur le travail et à la loi AMI de 1994³⁴.

30. Art. 30 de la loi de relance économique du 27.03.2009, M.B. du 07.04.2009 (Éd. 1), modifié par la loi du 30.12.2009 portant des dispositions diverses, M.B. du 31.12.2009 (Éd. 3).

31. Cf. modification de l'art. 219**bis** de l'arrêté AMI du 18.04.2010 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 07.05.2010 (Éd. 1).

32. Art. 219**ter** arrêté AMI de 1996.

33. Loi du 20.07.2006 portant des dispositions diverses, M.B. du 28.07.2006.

34. Loi du 06.05.2009 portant des dispositions diverses, M.B. du 19.05.2009.

Par le biais de la Loi-programme du 22 décembre 2008³⁵, l'article 39, alinéa 3, de la loi du 16 mars 1971 sur le travail prévoit aujourd'hui la possibilité pour la travailleuse qui accouche à partir du 1^{er} avril 2009 de convertir, à sa demande, les deux dernières semaines du repos postnatal facultatif en "jours de congé de repos postnatal". L'employeur est alors tenu de convertir, en fonction du nombre de jours prévus à l'horaire de travail de la travailleuse, cette période en jours de congé de repos postnatal. La travailleuse doit prendre ces jours de congé de repos postnatal selon un planning fixé par elle-même, dans les huit semaines à dater de la fin de la période ininterrompue de congé de repos postnatal.

La Loi-programme précitée a également modifié la loi AMI de 1994 sur certains points. Le Roi se voit attribuer la compétence de définir sous quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités sont accordées lorsque la travailleuse accouchée reprend une partie de ses activités professionnelles en vue d'éviter toute perte d'indemnisation en raison de l'étalement ou de la prolongation du congé de maternité³⁶.

En exécution de celle-ci, l'arrêté royal AMI de 1996³⁷ prévoit actuellement que l'intéressée peut bénéficier d'une indemnité de maternité pour les "jours de congé de repos postnatal" pris, dont le montant total ne peut excéder le montant qui aurait été octroyé si la travailleuse n'avait pas fait usage de cette faculté. En outre, il est expressément stipulé que la travailleuse a la faculté de prolonger la période de repos de maternité en reprenant une partie de ses activités professionnelles dans les conditions visées à l'article 39, alinéa 3, de la loi du 16 mars 1971 sur le travail³⁸. Enfin, la condition de cessation de toute activité ne s'applique plus au cours de la période de "jours de congé de repos postnatal"³⁹.

• **Pauses d'allaitement**

En vertu de la convention collective de travail n° 80 du 27 novembre 2001⁴⁰, toutes les travailleuses ont le droit de prendre des pauses d'allaitement.

La convention collective de travail n° 80*bis* du 13 octobre 2010⁴¹ généralise ce droit à toutes les travailleuses et ce, jusqu'à 9 mois après la naissance de l'enfant. En d'autres termes, la condition (circonstances exceptionnelles liées à l'état de santé de l'enfant) pour prolonger jusqu'à neuf mois, le délai de principe de sept mois endéans lequel ces pauses peuvent être prise, ne s'applique plus.

AUTRES RISQUES

• **Congé de paternité**

La Loi-programme du 22 décembre 2008⁴² modifie l'article 30, § 2, de la loi sur les contrats de travail en ce sens que pour les accouchements à partir du 1^{er} avril 2009, le père peut prendre les 10 jours de congé de paternité dans les 4 mois – et non plus dans les 30 jours –, à dater du jour de l'accouchement.

35. Loi-programme du 22.12.2008, M.B. du 29.12.2008 (Éd. 4).

36. Art. 104, al. 1^{er}, 4^e loi AMI 1994.

37. A.R. du 21.08.2009 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 15.09.2009 (Éd.2).

38. Art. 114, al. 6, de la loi AMI de 1994.

39. Art. 115 de la loi AMI de 1994.

40. A.R. du 21.01.2002 rendant obligatoire la convention collective de travail n° 80 du 27.11.2001, conclue au sein du Conseil national du Travail, instaurant un droit aux pauses d'allaitement, M.B. du 12.02.2002 (Éd. 1).

41. A.R. du 05.12.2010 rendant obligatoire la convention collective de travail n° 80*bis* du 13.10.2010, conclue au sein du Conseil national du Travail, modifiant la convention collective de travail n° 80 du 27.11.2001 instaurant un droit aux pauses d'allaitement, M.B. du 20.12.2010 (Éd. 2).

42. Loi-programme du 22.12.2008, M.B. du 29.12.2008.

◦ Congé d'adoption

Conformément à l'actuel article 30^{ter}, § 1^{er}, de la loi sur les contrats de travail, le travailleur qui, dans le cadre d'une adoption, accueille un enfant dans sa famille a droit à un congé d'adoption qui doit prendre cours dans les deux mois qui suivent l'inscription de l'enfant comme faisant partie du ménage du travailleur dans le registre de la population ou dans le registre des étrangers.

La loi du 1^{er} mars 2007 portant des dispositions diverses⁴³ modifie l'article précité de la loi sur les contrats de travail à deux niveaux. Ainsi, ce congé doit prendre cours dans les deux mois qui suivent l'accueil effectif de l'enfant dans la famille du travailleur dans le cadre d'une adoption. Le Roi détermine la manière dont le travailleur peut apporter la preuve de l'accueil d'un enfant dans sa famille dans le cadre d'une adoption. Il est également expressément stipulé que, en cas d'accueil simultané de plusieurs enfants dans la famille du travailleur, le droit au congé d'adoption est octroyé une seule fois. Il incombe au Roi de préciser ce qu'il faut entendre par accueil simultané. Enfin, le Roi se voit attribuer la compétence de déterminer la date d'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions. Actuellement, le Roi n'a pas encore fait usage des compétences qui lui ont été attribuées si bien que ces modifications n'ont pas encore d'effet.

c. Assurance indemnités des travailleurs indépendants

ABSENCE D'UN TITULAIRE À UN EXAMEN DE CONTRÔLE DE L'ÉTAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Lorsqu'un titulaire reconnu incapable de travailler était convoqué à un examen de contrôle médical et qu'il omettait ensuite de s'y présenter, la disposition appliquée précédemment était que l'incapacité de travail prenait fin ou ne pouvait plus continuer à être reconnue à dater du jour où l'examen aurait dû avoir lieu. À partir du 16 juin 2007 et, à l'instar de ce qui est prévu dans le régime général, le fait de ne pas se présenter à un examen de ce type n'entraîne que la suspension du paiement des indemnités⁴⁴.

INSTAURATION DE LA QUALITÉ DE TITULAIRE SANS CHARGE DE FAMILLE-ISOLÉ

Alors que, jusqu'au 1^{er} janvier 2007, le régime des travailleurs indépendants n'opérait qu'une distinction entre, d'une part, le titulaire avec charge de famille et, d'autre part, le titulaire sans charge de famille, on effectuera par la suite, tout comme dans le régime général, une subdivision au sein de la catégorie du titulaire sans charge de famille, à savoir entre le titulaire sans charge de famille-isolé et le titulaire sans charge de famille-cohabitant⁴⁵.

LES MESURES LES PLUS IMPORTANTES RELATIVES AU MONTANT DES INDEMNITÉS

À partir du 1^{er} janvier 2007, quelques mesures importantes sont prises en vue de revaloriser les indemnités⁴⁶.

43. Loi du 01.03.2007 portant des dispositions diverses, M.B. du 14.03.2007.

44. A.R. du 26.04.2007 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 06.06.2007.

45. A.R. du 21.12.2006 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 29.12.2006 (Éd. 6).

46. A.R. du 21.12.2006 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 29.12.2006 (Éd. 6).

Ainsi, dans un premier temps, l'indemnité d'incapacité de travail primaire pour le titulaire avec charge de famille est liée au montant minimum garanti de pension de retraite, évalué en jours ouvrables, pour un travailleur indépendant avec une carrière complète qui remplit les conditions fixées pour pouvoir obtenir une pension de retraite au taux chef de ménage. Pour le titulaire sans charge de famille-isolé, une liaison est opérée avec le montant minimum garanti de pension de retraite évalué en jours ouvrables pour un travailleur indépendant avec une carrière complète qui ne remplit pas les conditions fixées pour pouvoir obtenir une pension de retraite au taux chef de ménage.

En outre, l'indemnité d'invalidité du titulaire qui n'a pas cessé son activité professionnelle équivaut, pour chaque catégorie, au montant de l'indemnité d'incapacité de travail primaire.

Enfin, les indemnités d'invalidité des titulaires dont les périodes d'incapacité de travail sont assimilées à une période de travail dans le cadre du régime de pension des travailleurs indépendants sont revalorisées. En d'autres termes, il s'agit des titulaires ayant cessé leur activité. Leur indemnité est égale au montant de l'indemnité minimum accordée dans le cadre du régime général au titulaire revêtant la qualité de travailleur régulier. Contrairement au texte antérieur, le nouveau texte de loi ne mentionne plus aucun montant précis mais renvoie à la disposition applicable dans l'arrêté royal AMI de 1996 (régime général).

EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ AUTORISÉE

Les possibilités d'exercer une activité autorisée au cours de la période d'incapacité de travail et l'impact de celles-ci sur le montant des indemnités ont été modifiées en profondeur à partir du 21 mai 2007⁴⁷. Cette modification de la loi vise à assouplir la réinsertion socioprofessionnelle du travailleur indépendant reconnu incapable de travailler.

- **Autorisation d'exercer une autre activité professionnelle indépendante, une activité d'aidant ou toute autre activité professionnelle**

Alors que, par le passé, le médecin-conseil n'était compétent que pour accorder, au cours d'une période de (tout au plus) six mois, l'autorisation au titulaire d'exercer, en vue de son reclassement, une autre activité professionnelle indépendante, une activité d'aidant ou toute autre activité professionnelle, il est actuellement prévu de prolonger ce délai de 6 mois, au maximum.⁴⁸

- **Autorisation d'exercer l'activité professionnelle indépendante exercée au début de l'incapacité de travail**

En outre, le médecin-conseil peut accorder au titulaire l'autorisation pour 18 mois au maximum de reprendre, en vue de son reclassement, une partie de l'activité professionnelle qu'il exerçait au moment où l'état d'incapacité de travail a commencé⁴⁹. Cependant, compte tenu du fait qu'un reclassement ne constitue pas toujours un objectif réalisable pour nombre de titulaires, on prévoit actuellement que le titulaire invalide reprenne, moyennant l'autorisation préalable du Conseil médical de l'invalidité et sur proposition du médecin-conseil, une partie des activités qu'il exerçait avant le début de l'incapacité de travail. Cette autorisation n'est valable qu'à la condition que le titulaire continue à être reconnu incapable de travailler au sens des articles 19 et 20 de l'arrêté relatif à l'incapacité de travail des travailleurs indépendants et que cette activité soit compatible avec l'état de santé général du titulaire. Il n'y a pas de limitation dans le temps⁵⁰.

47. A.R. du 21.04.2007 modifiant, en ce qui concerne la réinsertion socioprofessionnelle des titulaires reconnus incapables de travailler, l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 11.05.2007.

48. Art. 23 de l'arrêté relatif à l'incapacité de travail des travailleurs indépendants.

49. Art. 23 bis de l'arrêté relatif à l'incapacité de travail des travailleurs indépendants.

50. Art. 20 bis de l'arrêté relatif à l'incapacité de travail des travailleurs indépendants.

- **Impact de l'activité autorisée sur le montant de l'incapacité de travail**

Étant donné, d'une part, que l'article 23 peut désormais être appliqué au cours d'une année au maximum et, d'autre part, qu'une autorisation peut être accordée sans limitation dans le temps conformément à l'article 20*bis*, il s'est avéré nécessaire d'adapter l'article 28*bis* en ce sens qu'il détermine désormais de manière échelonnée l'incidence d'une période d'activité autorisée sur le montant de l'indemnité. Dans une première phase de six mois, le titulaire reçoit des indemnités non diminuées. La deuxième phase débute à partir du 1^{er} jour du septième mois. Au cours de celle-ci, les indemnités sont réduites de 10 % jusqu'au 31 décembre de la troisième année suivant celle du début de l'activité autorisée. Enfin, au cours d'une troisième phase, on applique le régime de pension des travailleurs indépendants en matière de cumul d'une pension et des revenus découlant d'une activité indépendante.

REPOS DE MATERNITÉ

La période de repos de maternité est prolongée à partir du 1^{er} juillet 2007. Elle s'étend actuellement sur huit semaines (ou sur neuf semaines en cas de naissance multiple) au lieu de six (ou sept pour une naissance multiple). Comme précédemment, le repos prénatal débute toujours au plus tôt à partir de la troisième semaine et au plus tard à partir du septième jour qui précède la date présumée de l'accouchement. Le repos postnatal prend cours le jour de l'accouchement et s'étend sur une période égale au solde de la période de huit (ou de neuf) semaines, dont est déduite la période de repos prénatal. En outre, la période de repos de maternité de huit ou de neuf semaines peut au choix de la travailleuse indépendante ou de la conjointe aidante être limitée à une période de six ou sept semaines ou à une période de sept ou huit semaines en cas de naissance multiple⁵¹.

Depuis le 1^{er} janvier 2009, la période de repos de maternité obligatoire de huit semaines (ou de neuf semaines en cas de naissance multiple) est limitée à trois semaines, à savoir une semaine avant l'accouchement ainsi que les deux premières semaines à partir de l'accouchement. Les semaines restantes constituent la période de repos facultatif. La titulaire dispose encore toujours de la possibilité de faire débiter le repos prénatal à partir de 3 semaines avant la date présumée de l'accouchement. Elle peut, en outre, prendre les semaines de repos prénatal facultatif et les semaines de repos postnatal facultatif non épuisées par période de 7 jours calendrier et ce, dans les 21 semaines qui suivent les deux semaines de repos postnatal obligatoire, en d'autres termes, dans les 23 semaines qui suivent l'accouchement⁵².

Par analogie avec le régime général, depuis le 1^{er} janvier 2010, la travailleuse indépendante peut, en outre, prolonger son repos de maternité lorsque le nouveau-né doit rester hospitalisé au-delà de sept jours après sa naissance (prolongation limitée jusqu'à 24 semaines, au maximum). En cas de décès de la mère, il est également possible de convertir la partie du repos de maternité non encore épuisée en un congé pour le/la titulaire travailleur (travailleuse) indépendant(e) qui accueille l'enfant dans son ménage⁵³.

51. A.R. du 07.06.2007 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 22.06.2007 (Éd. 2).

52. A.R. du 23.12.2008 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 08.01.2009 (Éd. 2).

53. A.R. du 21.02.2010 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 03.03.2010 (Éd. 2).

CONGÉ D'ADOPTION POUR LES TITULAIRES INDÉPENDANTS

Dans le cadre des prestations favorisant la conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée des travailleurs indépendants, les titulaires indépendants peuvent, au même titre que les travailleurs salariés, prendre un congé d'adoption à partir du 1^{er} février 2007. Ce congé d'adoption compte 6 semaines au maximum si l'enfant n'a pas atteint l'âge de 3 ans au début de celui-ci et 4 semaines au maximum lorsque l'enfant est âgé de 3 ans à 8 ans. Cette période est doublée lorsque l'enfant est atteint d'un sérieux handicap. Dans le cas où le travailleur indépendant choisit de ne pas prendre le nombre maximal de semaines prévues dans le cadre de cette période, celle-ci doit être au moins d'une semaine ou un multiple d'une semaine. Cette période prend cours à la date choisie par le travailleur indépendant mais au plus tôt le jour de l'inscription de l'enfant à la résidence principale de l'adoptant et au plus tard deux mois après cette inscription⁵⁴.

Au cours du congé d'adoption, le titulaire indépendant a droit à une indemnité forfaitaire hebdomadaire. À partir du 1^{er} août 2009⁵⁵, cette indemnité est assimilée au montant de l'indemnité de maternité.

2. Jurisprudence

a. Assurance indemnités des travailleurs salariés

LA NOTION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL⁵⁶

Pour être reconnu en incapacité de travail, il faut que le titulaire ait interrompu toute activité à la suite directe de l'apparition ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels qui diminuent la capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition peut gagner par son travail (art. 100, § 1^{er}, de la loi AMI de 1994).

Il y a lieu de remplir trois conditions cumulatives :

1. le titulaire doit avoir interrompu "toute activité"
2. l'interruption de l'activité doit "découler directement de l'apparition ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels"
3. la capacité de gain de l'intéressé doit être réduite jusqu'à un taux égal ou inférieur à un tiers ("ce qui correspond en fait à une incapacité de travail de plus de 66 %").

Ces critères sont davantage précisés par la jurisprudence.

• Le fait d'avoir interrompu toute activité

La notion d' "activité" doit être interprétée de manière très large. Dans un arrêt du 18 mai 1992⁵⁷, la Cour de cassation déclarait qu'il y a lieu d'entendre par "travail" "toute activité à caractère productif, effectuée dans le cadre de relations sociales, même si elle est accomplie, sans rémunération, à titre de service d'amis". Dans son arrêt du 19 octobre 1992⁵⁸, la Cour précisait encore que toute activité de ce type, même si celle-ci n'est pas effectuée au service d'un employeur, est interdite.

54. A.R. du 20.12.2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants, M.B. du 11.01.2007.

55. A.R. du 16.01.2011 modifiant l'A.R. du 20.12.2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants, M.B. du 31.01.2011 (Éd. 2).

56. S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Bruxelles, Larcier, 2009, pp. 254-277.

57. Cass. 18.05.1992, Arr. Cass. 1992, p. 886.

58. Cass. 19.10.1992, RW 1992-1993, p. 857.

Lorsque l'exercice de l'activité implique un caractère lucratif, il ne s'agit pas uniquement d'une rémunération normale ou d'un profit économique (en espèces ou en nature), mais également d'une économie de dépenses ainsi que d'un enrichissement du patrimoine. Il peut alors s'agir d'une activité permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui. Peu importe si l'activité n'est exercée qu'occasionnellement ou que très exceptionnellement. La nature de l'activité - par exemple un passe-temps, un hobby ou un service d'ami - n'a pas non plus d'importance.

Les cours du travail et les tribunaux du travail ont suivi la jurisprudence de la Cour de cassation⁵⁹.

Ainsi, les "activités" suivantes peuvent être considérées comme une activité (la plupart du temps, les faits sont constatés à la suite de contrôles effectués dans le cadre de l'exercice d'une activité non autorisée) :

- l'exercice d'une activité comme ouvrier horticole dans l'entreprise de jardinage de son épouse pendant une période de cinq ans, à raison de 2 jours et demi par semaine. Il s'agit d'une activité à caractère productif permettant d'accroître indirectement le patrimoine de l'assuré⁶⁰
- le fait de se trouver derrière le comptoir d'un café en train d'exercer certaines activités (remplacement de bougies) alors que l'exploitante n'est pas présente dans la salle de café⁶¹
- le fait de conduire une remorque contenant des plaques de plâtre et du matériel propre vers un chantier alors que les frais de carburant de l'intéressé sont remboursés par le gérant de l'entreprise de construction⁶².

La Cour du travail de Bruxelles a jugé que la travailleuse, en incapacité de travail dans le cadre de son activité d'enseignante salariée, qui poursuit son activité indépendante d'avocate, n'a pas droit aux indemnités d'incapacité de travail dès lors qu'elle n'a pas cessé toute activité⁶³.

- **Suite directe de l'apparition ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels**

L'interruption de toute activité doit découler directement de l'apparition ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels et non pas d'une "situation préexistante". La Cour du travail de Liège et la Cour du travail d'Anvers définissent ceci comme suit : "l'article 100, § 1^{er}, de la loi AMI de 1994 suppose que lorsqu'un assuré se présente sur le marché du travail, il doit avoir eu une capacité de gain de plus d'un tiers afin de pouvoir être considéré ultérieurement en incapacité de travail au sens de l'article précité"⁶⁴.

L'"entrée sur le marché du travail" est le moment où la personne qui quitte l'école acquiert ou essaie d'acquérir des moyens d'existence grâce à un travail régulier, ou le moment où cette personne se déclare prête à acquérir des moyens d'existence en se montrant disposée à effectuer un tel travail⁶⁵.

Le lien de cause à effet qui doit exister entre la cessation de l'activité et l'apparition ou l'aggravation des lésions ou des troubles fonctionnels constitue la ligne de démarcation entre la réglementation de l'assurance maladie et la réglementation relative aux personnes handicapées⁶⁶.

La jurisprudence reconnaît l'existence d'une situation préexistante si l'assuré possédait déjà une capacité de gain d'un tiers ou moins avant son arrivée sur le marché du travail de sorte qu'il ne puisse jamais être jugé apte à exercer une activité professionnelle.

59. C.T. Mons 19.05.2010, J.T.T. 2010, p. 460 ; C.T. Anvers 26.05.2009, B.I.-INAMI 2009/3-4, p. 410 et C.T. Mons 21.02.2008, B.I.-INAMI 2008/2, p. 233.

60. C.T. Mons 16.10.2008, B.I.-INAMI 2009/1, p. 71 ; Répertoire de jurisprudence (R.J.) INAMI 7.2, n° 41.

61. C.T. Gand 25.02.2008, B.I.-INAMI 2008/4, p. 589.

62. C.T. Anvers 06.09.2007, B.I.-INAMI 2008/1, p. 37.

63. C.T. Bruxelles 03.04.2008, J.T.T. 2008, p. 275 et Chron. Soc. 2009, p. 234.

64. C.T. Anvers 15.02.2007, B.I.-INAMI 2007/2, p. 225.

65. C.T. Liège 11.06.2008, B.I.-INAMI 2008/4, p. 578.

66. C.T. Bruxelles 30.06.2008, B.I.-INAMI 2008/4, p. 575.

Ceci peut être le cas :

- lors d'une affection congénitale (ex. : forme grave d'épilepsie ou déficience mentale), ou
- suite à une affection qui s'est développée dans l'enfance (paralysie, arthrite juvénile ou schizophrénie).

Il s'agit la plupart du temps d'assurés :

- qui n'ont jamais travaillé et qui, via le système de réglementation du chômage, adhèrent à l'assurance indemnités en qualité de jeunes quittant l'école, ou
- qui n'ont que très sporadiquement, ou pendant de courtes périodes seulement, exercé une activité (professionnelle), ou
- qui ont uniquement travaillé dans un environnement protégé ou dans le cadre d'un statut social particulier.

La Cour du travail de Gand a dû se prononcer sur le cas d'une assurée qui n'a pu décrocher son diplôme de l'enseignement secondaire qu'à l'âge de 22 ans en raison d'un trouble psychiatrique qui s'est progressivement développé et qui a donné lieu à l'apparition de troubles et de déficiences en début d'adolescence. Le fait qu'elle n'ait travaillé qu'à mi-temps comme animatrice dans le cadre d'un stage de six mois au cours duquel elle s'est d'ailleurs régulièrement portée malade, et le fait qu'elle n'apporte pas la preuve d'un travail à temps plein effectué pendant de longues périodes, démontrent l'existence d'une situation préexistante⁶⁷.

La Cour du travail de Mons, confrontée à la situation d'une assurée sociale qui souffrait déjà de troubles psychologiques vers l'âge de 12-13 ans, a prononcé un jugement similaire. L'assurée a néanmoins achevé ses études secondaires mais a dû arrêter ses études supérieures de secrétariat ainsi que sa formation d'institutrice en raison de problèmes de santé (admission en psychiatrie, tentatives de suicide). L'intéressée n'a jamais travaillé mais elle est arrivée sur le marché du travail via une inscription au chômage. Elle disposait, à l'époque déjà, d'une capacité de gain fort réduite. Elle ne pouvait donc être reconnue en incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994⁶⁸.

L'assuré doit donc posséder un certain degré de capacité de travail avant la cessation de ses activités due à l'apparition ou à l'aggravation des lésions ou troubles fonctionnels⁶⁹.

Si, au moment de l'entrée sur le marché du travail, la capacité de gain est à ce point réduite que l'intéressé n'a en fait jamais été capable de travailler, l'aggravation de son état de santé n'ouvrira pas le droit à des indemnités de maladie⁷⁰.

Il se peut bien sûr qu'un assuré, en dépit de son handicap ou de son affection congénitale, parvienne quand même à exercer une activité. La question qui se pose alors est la suivante : prouve-t-il, de ce fait, l'existence d'une capacité de gain suffisante.

Cela dépend, en fonction de la jurisprudence analysée, de la nature de l'activité ainsi que du volume et de la durée de celle-ci.

67. C.T. Gand 15.09.2008, B.I.-INAMI 2008/4, p. 580.

68. C.T. Mons 26.10.2006, R.J. INAMI 4.1, n° 24.

69. C.T. Anvers 22.02.2005, B.I.-INAMI 2005/3, p. 334.

70. C.T. Bruxelles 08.09.2010, B.I.-INAMI 2010/2-3, p. 278.

1) Nature de l'activité

Concernant un assuré dont il avait été reconnu qu'il était déjà en incapacité de travail permanente à hauteur de plus de 66 % à son entrée sur le marché du travail, la Cour du travail d'Anvers a jugé que le fait que l'intéressé a été employé à plusieurs reprises chez différents employeurs ne prouvait pas forcément l'existence d'une capacité de travail, d'autant plus que le rapport d'expertise a révélé qu'il n'avait encore jamais travaillé dans les liens d'un contrat de travail "normal" et qu'il travaillait toujours dans le cadre d'un statut social spécial (VAPH - Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, ou autre organisation - emploi accompagné de corrections sociales)⁷¹.

Selon la Cour du travail de Liège, de courtes périodes d'emploi par un travail intérimaire ne constituent pas la preuve d'une capacité de gain préalable et suffisante sur le marché régulier du travail⁷².

La Cour du travail de Bruxelles a jugé que la seule existence d'un contrat d'apprentissage (dans le cadre d'une formation professionnelle) ne permet pas de déduire une capacité de travail suffisante. Il s'agissait en l'espèce d'un apprentissage qui, d'une part, comprenait une formation pratique en entreprise et qui, d'autre part, a été complété par une formation théorique assortie d'un examen⁷³.

Dans une autre affaire, la Cour du travail de Bruxelles a jugé qu'un assuré social qui n'a pas gardé une place plus de cinq mois comme conseiller en tâches ménagères dans le cadre de l'ALE, qui n'est resté que trois jours en formation pour l'ONEm et qui n'a pas davantage terminé d'autres formations n'a jamais été capable de travailler dans le marché régulier du travail⁷⁴.

Selon la Cour du travail de Mons, la reprise éventuelle d'une activité à raison de 8 heures 15 par semaine, qui s'apparente davantage à une activité occupationnelle qu'à une réelle activité professionnelle, n'est pas de nature à prouver l'existence d'une capacité de gain suffisante⁷⁵.

2) Volume et durée de l'activité

Selon la Cour du travail de Bruxelles, pour évaluer si une capacité de gain initiale existe, il est tenu compte de la durée et des conditions de travail. Selon cette Cour, une personne ayant travaillé 18 mois dans le secteur de l'économie sociale d'insertion peut être considérée comme apte à travailler⁷⁶.

La Cour du travail de Mons a jugé qu'un assuré qui peut prouver qu'il a effectivement travaillé minimum 416 jours, même répartis sur une période de six ans (de 1986 à 1991), peut être considéré avoir eu une capacité de gain suffisante⁷⁷. Dans une autre affaire, à l'inverse, la Cour du travail de Mons a jugé que le fait qu'un assuré ait travaillé ne prouve pas l'existence d'une capacité de gain suffisante dès lors que les périodes de travail sont très courtes (1 mois et 1 semaine sur une période de 11 ans)⁷⁸. La Cour du travail de Gand a également jugé qu'un emploi de très courte durée (10 jours, ce qui indique plutôt l'échec d'une tentative de travail) ne constitue pas la preuve d'une capacité de gain préalable suffisante sur le marché régulier du travail⁷⁹.

71. C.T. Anvers 15.02.2007, B.I.-INAMI 2007/2, p. 225.

72. C.T. Liège, section de Neufchâteau 11.06.2008, B.I.-INAMI 2008/4, p. 578.

73. C.T. Bruxelles 30.06.2008, B.I.-INAMI 2008/4, p. 575.

74. C.T. Bruxelles 01.06.2006, R.J. INAMI 4.1.2, n° 106.

75. C.T. Mons 26.10.2006, R.J. INAMI 4.1, n° 24.

76. C.T. Bruxelles 08.09.2010, B.I.-INAMI 2010/2-3, p. 278.

77. C.T. Mons 21.12.2006, R.G. 19651, en cause de LOZ c./V.M.-N.

78. C.T. Mons 10.04.2008, R.J. INAMI 4.1.2, n° 109.

79. C.T. Gand 25.11.2005, R.J. INAMI 4.1.2, n° 103.

La majorité de la jurisprudence reconnaît également qu'une inscription au chômage ne prouve pas nécessairement l'existence d'une capacité de travail⁸⁰. Ainsi, la Cour du travail de Mons a jugé que le fait que l'intéressé ait pu prétendre à des allocations de chômage ne suffit pas non plus pour conclure à l'existence d'une capacité de gain⁸¹. La Cour du travail d'Anvers a jugé dans le même sens⁸².

La Cour du travail de Bruxelles a nuancé ce propos en déclarant que le bénéfice d'allocations de chômage constitue une présomption de capacité de gain suffisante pouvant cependant être réfutée. Dans le cas concret sur lequel la Cour était appelée à se prononcer, il s'agissait d'une assurée atteinte d'épilepsie depuis son plus jeune âge. La Cour a estimé que le fait que l'intéressée n'a jamais travaillé, en dépit de plusieurs tentatives entreprises pour trouver un travail, ne suffit pas pour prouver qu'elle n'a jamais eu une capacité de gain d'au moins un tiers. La Cour a encore ajouté que des crises d'épilepsie n'excluent pas nécessairement une capacité de gain⁸³.

Dans une autre affaire concernant une assurée souffrant déjà de graves troubles mentaux et psychiatriques avant son entrée sur le marché du travail, la même Cour du travail a jugé qu'il était impossible de prétendre que l'intéressée n'avait jamais eu une capacité de gain d'au moins un tiers étant donné qu'avant le début de son incapacité de travail en 2002 elle avait bénéficié d'allocations de chômage pendant 6 ans, ce qui, aux yeux de la Cour, indiquait que l'intéressée devait, à ce moment-là, être considérée comme apte au travail. De surcroît, avant sa prise en charge par le chômage, l'intéressée avait également travaillé quelques mois et elle n'avait suivi aucun traitement médical jusqu'au moment de la reconnaissance de son incapacité de travail à la suite d'une hospitalisation⁸⁴.

Pour une autre assurée qui présentait des problèmes de santé de nature psychologique et psychiatrique, la Cour du travail de Liège a aussi jugé que, notamment du fait que cette assurée avait bénéficié d'allocations de chômage, il pouvait en être déduit qu'elle disposait quand même d'une capacité de gain suffisante avant le début de son incapacité de travail. D'autres éléments étayant ce jugement de la Cour sont les suivants :

- l'intéressée a terminé ses études secondaires
- elle a dû arrêter ses études supérieures mais rien n'indique que cela était dû à des raisons médicales
- elle a dû cesser son activité professionnelle de vendeuse pour des raisons de réorganisation et donc pas pour des motifs médicaux⁸⁵.

Enfin, signalons que le fait qu'un assuré a par le passé effectivement été reconnu comme étant incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi AMI 1994 ne génère pas pour l'intéressé un droit permanent aux indemnités de maladie. La réglementation relative à l'assurance indemnités est d'ordre public si bien qu'un assuré ne peut tirer de "droits acquis" d'une reconnaissance temporaire (éventuellement à tort) de son incapacité de travail⁸⁶. Le juge se prononçant au sujet de l'incapacité de travail est tenu de toujours vérifier si toutes les conditions de l'article 100 ont été respectées⁸⁷.

80. C.T. Mons 10.04.2008, R.J. INAMI 4.1.2, n° 109 et C.T. Bruxelles 08.01.2009, R.J. INAMI 4.1.2, n° 111.

81. C.T. Mons 10.04.2008, R.J. INAMI 4.1.2, n° 109.

82. C.T. Anvers, section de Hasselt 15.02.2007, B.I.-INAMI 2007/2, p. 225.

83. C.T. Bruxelles 21.12.2006, R.G. 43.978, en cause de INAMI c./F.N.

84. C.T. Bruxelles 17.09.2009, R.G. 48.134, N.S. c./INAMI.

85. C.T. Liège 15.03.2006, R.G. 31.379/03, D.F. c./ INAMI.

86. C.T. Gand 15.09.2008, B.I.-INAMI 2008/4, p. 580 ; C.T. Bruxelles 30.06.2008, B.I.-INAMI 2008/4, p. 575 ; C.T. Mons 10.04.2008, R.J. INAMI 4.1.2, n° 109 ; C.T. Anvers 15.02.2007, B.I.-INAMI 2007/2, p. 225 et C.T. Mons 26.10.2006, R.J. INAMI 4.1, n° 24.

87. C.T. Anvers, section de Hasselt 22.04.2010, B.I.-INAMI 2010/2-3, p. 276.

- **Réduction de la capacité de gain à un tiers ou moins d'un tiers par rapport aux professions de référence**

La capacité de gain de l'intéressé doit être réduite à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a exercées ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Dans la plupart des cas, les deux filières de métiers coïncideront partiellement ou totalement, du fait par exemple que l'intéressé a toujours exercé une profession correspondant étroitement à sa formation scolaire.

L'évaluation de l'incapacité de travail se fait, pendant les six premiers mois, uniquement par rapport à la profession habituelle de l'intéressé s'il existe des perspectives d'une évolution favorable de l'affection médicale ou d'une guérison à brève échéance (art. 100, § 1^{er}, al. 3, de la loi AMI de 1994). S'il est avéré dès le début que l'état de santé est tel qu'un retour à la profession habituelle n'est plus possible, il faut, dès le début de l'incapacité de travail, rechercher d'autres possibilités professionnelles dans les deux filières de métiers susmentionnées. L'évaluation doit évidemment correspondre aux possibilités professionnelles réellement existantes du travailleur, sans qu'il soit question de déclassement social.

Selon la Cour du travail de Gand, dès qu'un assuré est capable de gagner un salaire suffisant dans une des deux filières de métiers, il ne peut plus être reconnu en incapacité de travail. Si l'assuré n'est plus capable d'exercer la fonction qu'il exerçait antérieurement, mais que grâce à sa formation professionnelle il entre encore en ligne de compte pour des fonctions administratives qui n'entraînent pas de déclassement social, il ne remplit pas les conditions de l'article 100, § 1^{er}, de la loi AMI de 1994 et il ne peut donc pas être reconnu en incapacité de travail⁸⁸.

Selon la Cour de cassation, l'impossibilité pour un travailleur de fournir son travail convenu contractuellement par suite de maladie ou d'accident, visée à l'article 31, § 1^{er}, de la loi sur les contrats de travail, doit être différenciée de l'incapacité primaire visée dans l'article 100, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi AMI de 1994 étant donné que la réduction de la capacité de gain doit dans ce cas, du moins pendant les six premiers mois, être évaluée par rapport à la profession habituelle qui n'est pas nécessairement la dernière profession exercée par le travailleur. Cela n'exclut pas que, lorsqu'un travailleur est déclaré apte au travail par le médecin-conseil de son organisme assureur au cours des six premiers mois de l'incapacité de travail, au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi AMI de 1994, celui-ci soit néanmoins dans l'impossibilité de fournir son travail convenu contractuellement par suite de maladie ou d'accident au sens de l'article 31, § 1^{er}, de la loi sur les contrats de travail : ce travailleur a droit à des allocations de chômage temporaires pour cause de force majeure (raison médicale)⁸⁹.

La Cour du travail d'Anvers a confirmé la jurisprudence définitive de la Cour de cassation selon laquelle un ouvrier non scolarisé qui, malgré ses maux de nuque et de dos, entre encore en ligne de compte pour un large éventail de métiers ne requérant pas de formation spécifique et dont font également partie quelques activités légères ne surchargeant pas le dos (monteur, aide-magasinier dans un commerce de bricolage, caissier, gardien de parking, agent de gardiennage, contrôleur d'un processus de production), ne peut être reconnu incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi AMI 1994⁹⁰.

88. C.T. Gand 15.12.2006, B.I.-INAMI 2007/2, p. 228 et Soc.Kron. 2009, p. 239.

89. Cass. 12.06.2006, JTT 2006, p. 422 ; voir également P. PALSTERMAN, "Apte ou inapte au travail ? Commentaire de l'arrêt rendu par la Cour de Cassation le 12.06.2006", Soc.Kron. 2006, pp. 446-450.

90. C.T. Anvers 26.06.2007, R.J. INAMI 4.1.2, n° 107 ; voir aussi Cass. 26.02.1990, Arr.Cass. 1989-1990, p. 846 et JTT 1990, p. 228.

Pour l'évaluation de la réduction de la capacité de gain, il n'est pas tenu compte de critères socioéconomiques tels que les risques liés au marché du travail.

En matière d'assurance indemnités, c'est uniquement l'aptitude du travailleur à exercer ou non une activité professionnelle déterminée dans un groupe de professions accessibles qu'il y a lieu d'apprécier et non les possibilités effectives d'engagement qui s'offrent à lui sur le marché du travail⁹¹.

Enfin, nous pouvons encore faire référence à un arrêt de la Cour du travail d'Anvers qui a jugé que l'application des principes généraux de bonne administration ne peut pas justifier une dérogation à la loi. Ils ne peuvent aboutir à la méconnaissance du principe de légalité directement fondé sur l'article 159 de la Constitution. Par référence à une violation du principe de précaution et/ou du principe d'équité, on ne peut par conséquent pas décider que l'assuré a droit à des indemnités d'incapacité de travail lorsque les conditions légales de la loi AMI de 1994 ne sont pas respectées. La Cour du travail fait néanmoins remarquer que la sanction liée à la méconnaissance des principes de bonne administration est une application de la norme d'équité prévue dans les articles 1382 et suivants du Code civil, ce qui pourrait entraîner une indemnisation de dommages avérés⁹².

AUTORISATION DE REPRISE D'UNE ACTIVITÉ⁹³

Un travailleur reconnu en incapacité de travail peut, avec l'autorisation préalable du médecin-conseil de sa mutualité, reprendre une activité professionnelle à condition qu'il conserve, sur le plan médical, une réduction de sa capacité de gain de 50 % et dans la mesure où l'activité est compatible avec son état de santé (art. 100, § 2, loi AMI de 1994). L'autorisation préalable du médecin-conseil est également requise pour la reprise d'une activité partielle comme indépendant, même si l'intéressé exerçait déjà cette activité avant son incapacité de travail⁹⁴.

Dans une autorisation écrite, le médecin-conseil détermine quelle activité un assuré peut reprendre ainsi que le volume de travail autorisé et les conditions d'exercice de cette activité (par ex. : 5 jours par semaine, 2 heures par jour, chaque jour de 10 heures à 12 heures) (art. 230, § 2, de l'A.R. AMI de 1996). Les conditions imposées doivent être rigoureusement respectées.

Si on constate, lors d'une enquête réalisée par l'INAMI et sur la base des déclarations faites par l'assuré social lui-même, que celui-ci a exercé une autre activité que celle autorisée, portant de surcroît sur d'autres jours et selon un horaire différent de celui mentionné dans l'autorisation, la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité constate alors, à raison, que l'intéressé a de ce fait mis fin à son incapacité de travail⁹⁵.

Lorsqu'une assurée social a obtenu l'autorisation du médecin-conseil de travailler comme femme de ménage chez un employeur déterminé et qu'après une période d'incapacité de travail complète, elle souhaite poursuivre cette même activité chez un autre employeur, dans ce cas, une nouvelle autorisation préalable du médecin-conseil est requise. Le changement d'employeur constitue un nouvel élément en fonction duquel le médecin-conseil doit une nouvelle fois constater si l'activité que l'intéressée entend reprendre est compatible avec son état de santé et si elle conserve toujours une incapacité d'au moins 50 % sur le plan médical⁹⁶.

91. C.T. Mons 18.09.2008, B.I. - INAMI 2008/4, p. 570.

92. C.T. Anvers 08.09.2009, B.I. - INAMI 2009/3-4, p. 409.

93. S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Bruxelles, Larcier, 2009, pp. 277-285.

94. C.T. Bruxelles 03.04.2008, JTT 2008, p. 275 et Soc.Kron. 2009, p. 234.

95. C.T. Liège 13.10.2005, B.I.-INAMI 2006/1, p. 37.

96. C.T. Bruxelles 22.10.2009, JTT 2010, p. 62.

APPLICATION DES ARTICLES 101 ET 102 DE LA LOI AMI 1994⁹⁷

Si, pendant une période d'incapacité de travail, un assuré a exercé une activité sans autorisation préalable du médecin-conseil, il met de ce fait fin à son incapacité de travail et il doit en principe rembourser toutes les indemnités de maladie indûment perçues. Il risque ainsi de perdre ses droits en matière de sécurité sociale. Pour éviter cela, il peut faire régulariser sa situation sur les plans médical et administratif en application des articles 101 et 102 de la loi AMI de 1994. S'il est jugé que l'intéressé a conservé au cours de la période d'activité non autorisée une réduction de sa capacité d'au moins 50 % sur le plan médical, il est supposé être demeuré incapable de travailler (régularisation médicale) et la récupération des indemnités peut être limitée au nombre de jours prestés (régularisation administrative).

Les dispositions des articles 101 et 102 de la loi AMI de 1994 visent à garantir l'assurabilité sociale pour toutes les journées qui ne sont pas couvertes par des indemnités à la suite d'une reprise de travail non autorisée mais elles ne visent pas la régularisation d'une reprise de travail normale. La Cour du travail d'Anvers a jugé dans ce sens⁹⁸.

La procédure de régularisation en cas de reprise de travail non autorisée est simplifiée depuis le 31 décembre 2010. À cette fin, l'article 101 de la loi AMI de 1994 a été modifié. L'article 102 de la même loi a été abrogé⁹⁹.

PAIEMENT DES INDEMNITÉS

Les Cours du travail d'Anvers et de Bruxelles confirment la jurisprudence définitive de cassation selon laquelle l'obligation légale de paiement des indemnités aux assurés sociaux repose exclusivement dans le chef des organismes assureurs. L'INAMI n'étant pas un organisme assureur, il ne peut par conséquent pas payer d'indemnités et ne peut non plus y être tenu¹⁰⁰.

REFUS, RÉCUPÉRATION ET PRESCRIPTION DES INDEMNITÉS – RESPONSABILITÉ DE L'ORGANISME ASSUREUR

• Refus

Dans son arrêt du 2 mars 2009, la Cour de cassation a confirmé son ancienne jurisprudence selon laquelle les indemnités doivent être refusées lorsque l'incapacité de travail est la conséquence d'une erreur commise délibérément par le titulaire, même s'il n'en a pas voulu les conséquences¹⁰¹.

• Récupération et prescription

En cas d'assujettissement erroné à la sécurité sociale, les prestations indûment payées doivent être récupérées. Le délai de prescription débute seulement au moment où l'INAMI est informé de cette situation (par une décision de l'ONSS). Préalablement, l'organisme assureur n'a aucune raison ni aucun fondement juridique pour procéder à une récupération. La prescription ne peut courir tant qu'il n'est pas établi que les prestations ont été indûment octroyées. La compétence en matière de constatation d'un assujettissement erroné n'appartient pas à l'organisme assureur ni à l'INAMI mais à l'ONSS¹⁰².

97. S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Bruxelles, Larcier, 2009, pp. 285-287.

98. C.T. Anvers, section de Hasselt 06.09.2007, B.I.-INAMI 2008/1, p. 37.

99. Pour plus d'information : voir "partie 1 législation "sous" procédure de régularisation en cas de reprise de travail non autorisée par un titulaire reconnu incapable de travailler".

100. C.T. Bruxelles 05.03.2009, R.J. INAMI 0.1, n° 18 et C.T. Anvers 19.12.2007, R.J. INAMI 0.3, n° 4.

101. Cass. 02.03.2009, JTT 2009, p. 312 ; voir aussi Cass. 02.03.1992, Pas. 1992, p. 591 et Cass. 05.11.1990, Pas. 1991, p. 245.

102. C.T. Gand 06.02.2006, Soc.Kron. 2009, p. 227.

• Responsabilité de l'organisme assureur

Selon la Cour du travail de Liège, lorsqu'une mutualité communique erronément à un assuré qu'il peut, pour une même incapacité de travail, percevoir des indemnités d'invalidité et des indemnités de maladie professionnelle, et lorsque les indemnités payées en trop doivent ultérieurement être récupérées, il est question d'une erreur dans le chef de la mutualité. Si, de surcroît, l'assuré doit à l'avenir, pour pouvoir effectuer le remboursement, changer de mode de vie, il subit par la faute de la mutualité un préjudice dont le montant correspond au montant de la somme à rembourser. La mutualité doit réparer ce préjudice né de son erreur¹⁰³.

Dans son arrêt du 6 novembre 2006, la Cour de cassation a jugé que, bien que l'action d'un assuré social en paiement de prestations (supérieures) par la mutualité soit prescrite, cela n'empêche pas qu'il puisse encore intenter une action en vue d'obtenir un dédommagement (suite à une erreur commise par la mutualité), qui est égal au montant des prestations non payées (en se fondant sur le régime de la responsabilité de droit commun prévu dans les art. 1382 et 1383 du C.c.)¹⁰⁴.

• Existence de manœuvres frauduleuses ?

L'article 174, alinéa 4, de la loi AMI de 1994 prévoit que le délai de prescription de l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées est prolongé de 2 à 5 ans lorsque l'octroi de l'indu est la conséquence de manœuvres frauduleuses. Selon la Cour du travail de Mons, l'existence de manœuvres frauduleuses dans le chef de l'assuré social implique qu'il doit avoir eu conscience de ce que ses manœuvres ou son abstention de déclaration de la poursuite de ses activités lui ont permis de bénéficier d'indemnités auxquelles il n'avait nullement droit. La charge de la preuve réside chez l'institution de sécurité sociale¹⁰⁵.

La Cour de cassation a dû se prononcer sur un arrêt de la Cour du travail de Bruxelles du 3 mars 2005 portant sur une assurée sociale qui, pendant son incapacité de travail, avait exercé une activité sans l'autorisation préalable du médecin-conseil. L'intéressée n'avait pas, selon ses déclarations, conscience du fait qu'elle exerçait une activité qui était incompatible avec la perception d'indemnités de maladie, si bien qu'elle n'en avait pas fait la déclaration à sa mutualité. La Cour du travail a cependant jugé que l'intéressée, gérante d'entreprise assistée par un comptable et un secrétariat social, avait pu rassembler suffisamment d'informations concernant l'étendue de ses obligations. La Cour du travail a retenu la "fraude" dans le chef de cette assurée.

À l'inverse, la Cour de cassation a jugé que ni de la considération que la demanderesse pouvait se renseigner quant à l'étendue de ses obligations à l'égard de son organisme assureur, ni de la constatation qu'elle n'a pas déclaré à celui-ci la poursuite d'une activité, ni d'aucun autre fait relevé par l'arrêt, la Cour du travail n'a pu légalement déduire l'existence de manœuvres frauduleuses ayant provoqué l'octroi de prestations indues¹⁰⁶.

DOMMAGES COUVERTS PAR UNE AUTRE LÉGISLATION¹⁰⁷

• Interdiction de cumul

L'interdiction de cumul prévue dans l'article 136, § 2, alinéa 1^{er} de la loi AMI de 1994 implique que l'intéressé ne peut prétendre à des indemnités s'il a déjà bénéficié d'une indemnisation pour le même dommage dans le cadre d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun. Si les montants perçus dans le cadre de cette indemnisation sont inférieurs au montant des "prestations de l'assurance", le bénéficiaire a droit à la différence (règle de la différence).

103. C.T. Liège 26.01.2006, Soc.Kron. 2006, p. 586.

104. Cass. 06.11.2006, Pas. 2006, p. 2269.

105. C.T. Mons 19.05.2010, JTT 2010, p. 460 ; voir aussi C.T. Mons 21.02.2008, B.I.-INAMI 2008/2, p. 233.

106. Cass. 04.12.2006, JTT 2007, p. 222 ; voir dans le même sens Cass. 04.01.1993, Pas. I, p. 3.

107. S. HOSTAUX, Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités, Bruxelles, Larcier, 2009, pp. 313-322.

Lorsque les indemnités d'incapacité de travail compensent la perte de capacité de gain de l'intéressé, il faut donc vérifier si les autres interventions compensent également totalement ou partiellement la perte de capacité de gain. Il ne faut pas confondre cela avec la cause médicale qui génère le dommage ou avec la perte de revenus dont souffrirait un assuré.

L'interdiction de cumul concerne donc uniquement les indemnisations pour un même dommage.

- Cumul d'indemnités de maternité et d'une indemnité d'accident du travail ?

La Cour du travail de Bruxelles a confirmé la position de la Cour de cassation¹⁰⁸ selon laquelle les dispositions de l'article 136, § 2, de la loi AMI de 1994 sont, en vertu de l'article 117, alinéa 1^{er}, de la même loi, également applicables en ce qui concerne l'assurance maternité ; que tant les prestations de l'assurance maternité que les indemnités d'incapacité de travail payées dans le cadre de la loi sur les accidents du travail couvrent le "même dommage", à savoir la perte ou la réduction de la capacité de gain ; que pour la période concernée de repos de maternité l'organisme assureur est subrogé dans les droits de l'assuré en ce qui concerne les indemnisations d'incapacité temporaire à hauteur du montant des indemnités de maternité¹⁰⁹.

- Chômeur contrôlé au début de l'incapacité de travail

Dans le cadre d'une récupération par l'organisme assureur (subrogation) contre l'assureur du tiers responsable, la question était de savoir si la titulaire, qui était chômeuse contrôlée lors de l'accident, pouvait être considérée comme "ayant subi un dommage professionnel". La Cour de cassation s'était prononcée à ce sujet par l'affirmative dans ses arrêts des 9 mars 1989, 21 novembre 1994 et 9 février 2004¹¹⁰. Dans son arrêt du 21 avril 2008¹¹¹, la Cour rappelle que l'indemnité d'incapacité de travail à laquelle le chômeur peut prétendre lorsqu'il perd son droit aux allocations de chômage en raison de son incapacité de travail ne couvre pas un dommage autre que celui couvert par la prestation due au travailleur occupé qui est atteint d'une incapacité de travail (la perte ou la réduction de la capacité d'acquies par son travail des revenus pouvant contribuer aux besoins alimentaires du travailleur et de sa famille). La victime d'un accident ne pourrait être considérée comme n'ayant subi qu'un dommage théorique justifiant la réduction de son droit à l'indemnisation en droit commun par le seul fait qu'à la date de l'accident, elle était chômeuse de longue durée.

- **Le droit de subrogation de l'organisme assureur**

1) Objet du droit de subrogation

L'article 136, § 2, de la loi AMI de 1994 stipule que l'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire ; cette subrogation vaut, à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le dommage visé à l'alinéa 1^{er} découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès.

En application de la disposition légale précitée, la Cour de cassation a jugé dans son arrêt du 3 avril 2006 que l'action de l'organisme assureur est limitée au montant maximum de la réparation dont le tiers responsable du dommage est redevable à la victime en droit commun en réparation de la perte ou de la réduction de sa capacité d'acquies des revenus par son travail. La Cour de cassation a encore souligné que l'article 136, § 2, de la loi AMI 1994 est d'ordre public¹¹².

108. Cass. 25.11.2002, Soc.Kron.2003, p. 231 et JTT 2003, p. 163.

109. C.T. Bruxelles 13.03.2006, Soc.Kron. 2007, pp. 357-358.

110. Cass. 09.02.2004, B.I.-INAMI 2004/2-3, p. 226 et JTT 2004, p. 242 ; Cass. 21.11.1994, RW 1995-1996, p. 225 et Cass. 09.03.1989, RW 1989-1990, p. 299.

111. Cass. 21.04.2008, B.I.-INAMI 2009/1, p. 64.

112. Cass. 03.04.2006, B.I.-INAMI 2006/3, p. 357 et JTT 2006, p. 289.

Dans un arrêt du 21 avril 2008, la Cour de cassation a confirmé qu'il résulte de l'article 136, § 2, de la loi AMI de 1994 que le montant de la demande de l'organisme assureur, dans le cadre de la subrogation légale, ne peut être supérieur à la totalité des sommes dues en vertu du droit commun. La Cour a ajouté que de la circonstance que la victime d'un accident de droit commun qui bénéficiait des allocations de chômage perd le droit aux allocations lorsqu'il peut prétendre à une indemnité de maladie, il ne se déduit pas que le montant de la demande de l'organisme assureur ne pourrait être inférieur à celui des allocations de chômage dont l'octroi de ladite indemnité a entraîné la perte¹¹³.

Dans un arrêt remarquable du 8 octobre 2007, la Cour de cassation a jugé que le ticket modérateur – c'est-à-dire la quote-part des frais médicaux non remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et qui est laissée à la charge de l'assuré social – n'est pas exclu de la subrogation de l'organisme assureur¹¹⁴. En outre, il n'est pas requis que les montants concernés par la subrogation indemnisent le même élément du dommage que celui auquel la prestation accordée correspond, tant que l'élément indemnisé par ces montants est de telle nature qu'il justifie l'octroi d'une prestation de l'assurance obligatoire (sans qu'une distinction soit ici faite entre les soins de santé et les indemnités pour déterminer le plafond)¹¹⁵.

La Cour de cassation a également jugé dans son arrêt du 22 octobre 2007 que lorsqu'un organisme assureur, qui a octroyé à la victime d'un accident des prestations de l'assurance, demande au responsable du dommage ou à son assureur de la responsabilité civile le remboursement de ces prestations, il n'exerce pas une action distincte de celle de la victime mais, par une demande distincte de celle de la victime, il exerce l'action en paiement des indemnités de la victime elle-même, à laquelle il est subrogé de plein droit. L'organisme assureur ainsi subrogé à la victime peut, dès lors, au même titre que celle-ci, invoquer contre l'auteur responsable du dommage la présomption de responsabilité instituée par l'article 1384, alinéa 1^{er}, du Code civil¹¹⁶.

Si le dommage visé par la loi ne résulte que partiellement de la faute d'un tiers, l'action de l'organisme assureur s'étend, quelle que soit la mesure dans laquelle la victime ait été reconnue responsable, à la totalité des sommes dont le tiers responsable ou son assureur est redevable en indemnisation de ce dommage. La subrogation légale ne se limite donc pas à une fraction des prestations octroyées proportionnelle à la part de responsabilité du tiers dans le dommage causé¹¹⁷.

Dans son arrêt du 22 septembre 2008, la Cour de cassation a déclaré que l'organisme assureur qui a payé des indemnités pour incapacité de travail pour une période déterminée n'est pas subrogé aux droits du bénéficiaire en ce qui concerne les montants dont le responsable est redevable en droit commun pour une période subséquente, l'indemnité de droit commun ne couvrant pas, dans ce cas, la même partie du dommage que les indemnités pour incapacité de travail payées par l'organisme assureur¹¹⁸.

La Cour de cassation a également dû se prononcer sur un jugement rendu par le Tribunal correctionnel de Liège le 19 novembre 2007 concernant la situation d'un assuré victime d'un accident mais qui près de quatre mois avant l'accident était en incapacité de travail complète à la suite d'une autre affection (pathologie articulaire liée à une grippe) pour laquelle il avait déjà été indemnisé par l'organisme assureur. Les conséquences de cette affection n'avaient pas disparu à la date de l'accident et la victime a été indemnisée par l'organisme assureur sans interruption jusqu'à plus de deux ans après l'accident.

113. Cass. 21.04.2008, B.I.-INAMI 2008/3, p. 405.

114. Cass. 08.10.2007, B.I.-INAMI 2008/1, p. 16 et JLM.B. 2008, p. 1492.

115. Cass. 21.04.2008, B.I.-INAMI 2008/3, p. 406 et JTT 2008, p. 281.

116. Cass. 22.10.2007, B.I.-INAMI 2008/1, p. 20 et JLM.B. 2008, p. 1496.

117. Cass. 16.11.2009, B.I.-INAMI 2010/1, p. 85.

118. Cass. 22.09.2008, JTT 2009, p. 52 et RW 2008-2009, p. 1147.

Le jugement contesté stipulait que, puisque la victime avait été indemnisée sans interruption par l'organisme assureur pour des motifs indépendants des suites de l'accident, les montants versés par l'organisme assureur couvraient un autre dommage que celui causé par la faute de l'inculpé et ne constituaient donc pas des sommes dues en vertu du droit commun. Ces montants pouvaient ainsi être exclus de l'assiette du recours subrogatoire de l'organisme assureur. La Cour de cassation s'est ralliée à cet avis et a confirmé le jugement contesté¹¹⁹.

Par ailleurs, la Cour de cassation a jugé que l'organisme assureur qui a octroyé à un travailleur d'une agence locale pour l'emploi, victime d'un accident du travail, des prestations de l'assurance alors que celui-ci n'y avait pas droit, n'est pas subrogé à la victime. Il s'agissait en l'occurrence de la situation spécifique d'un travailleur d'une agence locale pour l'emploi (ALE) victime d'un accident de travail et qui de ce fait est devenu incapable de travailler.

En dérogation à la règle générale qui stipule qu'un travailleur ne peut, en cas d'incapacité de travail, prétendre à des allocations de chômage, l'arrêté sur le chômage de 1991 prévoit également qu'un chômeur employé dans le cadre d'une ALE et qui est victime d'un accident du travail conserve son droit aux allocations de chômage en cas d'incapacité de travail temporaire (une condition de capacité de travail n'est en l'occurrence pas applicable). Dans la situation précitée, l'assuré social ne peut par conséquent pas prétendre aux indemnités de maladie.

Si le travailleur ALE concerné a reçu de la compagnie d'assurances (qui garantit la même protection que celle de la loi sur les accidents du travail) une indemnité d'accident de travail, l'organisme assureur ne peut alors se subroger à la victime pour récupérer auprès de la compagnie d'assurances les prestations qu'elle a (indûment) octroyées¹²⁰.

Dans le passé, la Cour de cassation avait déjà jugé que le droit de subrogation de l'organisme assureur n'est pas limité au montant même des sommes dues par le tiers mais qu'il porte également sur les intérêts dus sur ces sommes¹²¹. La Cour a confirmé cette jurisprudence dans son arrêt du 19 février 2007¹²².

2) Droit de récupération propre vis-à-vis du Fonds commun de garantie automobile

Le législateur a accordé aux organismes assureurs qui ne disposaient initialement que d'un droit de subrogation, un droit de récupération propre des prestations accordées vis-à-vis du Fonds commun de garantie automobile dans les cas visés dans l'article 80 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances (cf. art. 136, § 2, dernier al., de la loi AMI 1994). Ce fonds intervient lorsque le dommage a été causé par un véhicule non identifié ou non couvert par une assurance. Le but de ce droit propre est de donner à l'organisme assureur l'opportunité de récupérer les sommes versées aux assurés-préjudiciés. Il n'était nullement dans l'intention du législateur d'accorder à l'organisme assureur, par l'instauration d'un droit propre, davantage de droits qu'à l'assuré même. La Cour de cassation avait déjà jugé que la circonstance que la mutualité dispose d'un droit propre de revendication des prestations octroyées à l'égard du Fonds commun de garantie automobile (et n'est donc pas subrogée aux droits de son assuré à l'égard dudit Fonds) ne porte toutefois pas atteinte au fait que la mutualité ne dispose dudit droit de revendication à l'égard du Fonds que dans les mêmes cas et dans la même mesure que la personne lésée.

119. Cass. 21.01.2009, Pas. 2009, p. 176 et Arr.Cass. 2009, p. 205.

120. Cass. 23.03.2009, JTT 2009, p. 296.

121. Cass. 12.11.1990, Arr.Cass. 1990-1991, p. 142 et JTT 1991, p. 202 ; Cass. 30.01.1995, RW 1995-1996, p. 324 ; Cass. 07.04.1986, Arr. Cass. 1985-1986, p. 480 et Cass. 04.03.1986, RW 1985-1986, p. 878. Voir aussi Cass. 30.01.1995, JTT 1995, p. 118 en ce qui concerne les anciennes adaptations d'allocations que le FAT a payées pour des accidents survenus avant le 01.01.1988 en application de l'art. 58, § 1^{er}, 7^o, de la loi sur les accidents du travail.

122. Cass. 19.02.2007, S.06.0003.N.

Le droit au remboursement de l'organisme assureur est d'ailleurs limité en ce sens qu'il est uniquement accordé dans des cas identiques et dans la même mesure que le droit de réparation à la charge du Fonds précité dont disposerait la personne lésée¹²³. Cela a été encore confirmé par la Cour de cassation dans un arrêt du 17 novembre 2008¹²⁴.

◦ Interdiction de transactions sans l'autorisation de l'organisme assureur

L'article 136, § 2, alinéa 5, de la loi AMI de 1994 stipule que la convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier. Cette disposition empêche que les droits de l'organisme assureur soient fixés (restreints) sur la base des droits accordés au préjudicié en droit commun sur la base d'une convention entre le préjudicié et l'assureur du tiers responsable (sans intervention de l'organisme assureur).

L'application de cette disposition a été confirmée par la Cour de cassation dans ses arrêts des 27 février 2006 et 3 avril 2006¹²⁵. Dans ce dernier arrêt, la Cour de cassation a jugé que le tribunal ne peut pas rejeter la demande de l'organisme assureur sur la base d'une expertise médicale amiable signée par la victime et l'assureur du tiers responsable, sans constater l'accord marqué par l'organisme assureur sur cette convention. Cette disposition n'empêche pas l'organisme assureur d'invoquer la convention de transaction pour limiter ses propres obligations.

LOI DU 29 JUILLET 1991 RELATIVE À LA MOTIVATION FORMELLE DES ACTES ADMINISTRATIFS

Dans son arrêt du 18 septembre 2008, la Cour du travail de Mons a jugé que l'annulation d'une décision administrative mettant fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail pour défaut de motivation formelle, entraîne pour le juge, dans le cadre de son contrôle de pleine juridiction, l'obligation de vérifier si l'assuré remplit les conditions pour être ou non reconnu en incapacité de travail. Il n'y a pas ipso facto réintégration de l'assuré social dans ses droits tels qu'ils étaient déterminés avant la notification de la décision¹²⁶.

Selon la Cour du travail d'Anvers, une motivation suffisante telle que visée dans la loi relative à la motivation des actes administratifs est une motivation qui atteint son objectif, plus particulièrement une motivation qui permet à l'assuré social de comprendre les faits et données juridiques qui sous-tendent la décision prise de sorte qu'il puisse, en connaissance de cause, décider s'il est opportun de contester cette décision. La Cour du travail d'Anvers estime également que, même si elle considère que l'obligation de motivation formelle a été violée, elle doit encore examiner, sur la base des données du dossier, si l'assuré remplit les conditions légales pour bénéficier d'indemnités¹²⁷.

La Cour du travail de Mons a confirmé que la jurisprudence constante selon laquelle la loi relative à la motivation formelle des actes administratifs est également applicable aux mutualités. Par administration il ne convient pas de comprendre uniquement une administration dont les actes peuvent être contestés devant le Conseil d'état. Lorsqu'une mutuelle fournit des prestations qui s'inscrivent dans un régime d'ordre public, et qu'en ce faisant elle rend un service de soins sous la tutelle et le contrôle de l'INAMI, elle apparaît comme une autorité administrative pour les actes qu'elle prend en cette qualité¹²⁸.

123. Cass. 29.09.1995, RW 1996-1997, p. 12 ; Cass. 10.10.2000, Arr.Cass. 2000, p. 534.

124. Cass. 17.11.2008, Bull. Ass. 2009, p. 403.

125. Cass. 03.04.2006, B.I.-INAMI 2006/3, p. 357 et JTT 2006, p. 289 et Cass. 27.02.2006, Larcier Cassation 2006, p. 166.

126. C.T. Mons 18.09.2008, B.I.-INAMI 2008/4, p. 570 ; C.T. Mons 21.02.2008, B.I.-INAMI 2008/2, p. 233.

127. C.T. Anvers, section d'Anvers 26.05.2009, B.I.-INAMI 2009/3-4, p. 410.

128. C.T. Mons 18.01.2007, JTT 2008, p. 10.

SAISINE – COMPÉTENCE DES JURIDICTIONS DU TRAVAIL DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE INDEMNITÉS

En principe, dans un litige concernant la fin d'une incapacité de travail, la juridiction du travail est compétente pour vérifier l'application des conditions légales relatives à l'incapacité de travail au-delà de la date fixée comme date de fin de l'incapacité de travail dans la décision administrative contestée, et ce jusqu'à la date du jugement final¹²⁹. Cela a été confirmé une fois de plus par la Cour de cassation dans son arrêt du 9 février 2009¹³⁰. L'application de ce principe pose certains problèmes particuliers, surtout si des décisions en matière de reconnaissance de l'incapacité de travail ou de constatation de fin d'incapacité de travail ont été prises par deux "instances différentes".

Dans un litige opposant un assuré et l'INAMI concernant une décision d'exclusion prise par le Conseil médical de l'invalidité, la Cour de cassation a confirmé son ancienne jurisprudence selon laquelle la décision concernant l'existence d'une incapacité de travail primaire est du ressort exclusif du médecin-conseil (cf. art. 90 de la loi AMI de 1994)¹³¹. La Cour de cassation a jugé que la Cour du travail, en décidant, sans disposer d'un rapport médical préalable du médecin-conseil à l'INAMI, que l'assuré se trouvait en état d'incapacité primaire, viole l'article de loi précité. Les Cours du travail de Mons et de Bruxelles¹³² ont jugé dans le même sens.

b. Assurance indemnités pour les travailleurs indépendants

INCAPACITÉ DE TRAVAIL¹³³

Les articles 19 et 20 de l'arrêté royal relatif à l'incapacité de travail chez les travailleurs indépendants définissent le principe d'incapacité de travail chez les travailleurs indépendants où il convient de faire la distinction entre la période d'incapacité primaire (première année) et la période d'invalidité (à partir de la deuxième année).

o Notion d'incapacité primaire

Au cours des périodes d'incapacité primaire, le titulaire est reconnu se trouver en état d'incapacité de travail lorsque, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels, il a dû mettre fin à l'accomplissement des tâches qui étaient afférentes à son activité de titulaire indépendant et qu'il assumait avant le début de son incapacité de travail. Il ne peut en outre exercer une autre activité professionnelle, ni comme travailleur indépendant ou aidant, ni dans une autre qualité. Le fait que l'activité de l'entreprise soit poursuivie ou non ne joue aucun rôle¹³⁴.

Dans la pratique, la condition de cessation d'activité doit être évaluée individuellement et "avec sagesse". Seules les tâches essentielles de l'activité indépendante doivent cesser. Sur cette base, la Cour de cassation a accepté qu'une simple poursuite de tâches de "minime importance" concernant l'activité indépendante précédemment exercée (tâches résiduelles sans la moindre signification économique et qui ne sont pas décisives pour la survie de l'entreprise) est compatible avec la reconnaissance de l'incapacité de travail si l'intéressé n'exerce pas d'autre activité professionnelle¹³⁵.

129. Cass. 27.09.1982, JTT 1983, p. 28 et Cass. 06.09.1982, JTT 1983, p. 29.

130. Cass. 09.02.2009, B.I.-INAMI 2009/2, p. 219 ; dans le même sens : C.T. Liège 08.12.2008, B.I.-INAMI 2009/2, p. 222.

131. Cass. 17.11.2008, B.I.-INAMI 2009/1, p. 57 ; voir aussi Cass. 06.05.1991, RW 1991-1992, 404 et B.I.-INAMI 1991/4, p. 297 et Cass. 04.01.1993, Soc. Kron. 1993, p. 406.

132. C.T. Bruxelles 04.11.2009, R.J. INAMI 4.1.1, n° 7 ; C.T. Bruxelles 29.10.2009, R.J. INAMI, 4.1.1, n° 6 ; C.T. Bruxelles 15.10.2009, R.J. INAMI 4.1.1, n° 5 et C.T. Mons 28.03.2007, R.J. INAMI 4.1.1, n° 4.

133. S. HOSTAUX, Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités, Bruxelles, Larcier, 2009, pp. 368-378.

134. La notion d'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants est une notion personnalisée. En d'autres termes, l'incapacité de travail doit être évaluée en fonction de l'activité professionnelle personnelle de l'assuré. C'est ce qui ressort clairement du rapport au Roi en préambule de l'A.R. du 20.07.1971 (M.B. du 07.08.1971).

135. Cass. 21.01.1985, RW 1985-1986, p. 236.

◦ Notion d'invalidité

Pour être reconnu comme invalide, l'intéressé doit remplir les conditions de l'article 19 et il doit en outre être reconnu comme étant incapable d'exercer toute autre activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement, compte tenu de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle.

Dans ce cadre, nous pouvons renvoyer à un arrêt de la Cour du travail de Liège qui peut être résumé comme suit : un travailleur indépendant en incapacité de travail qui reprend une activité professionnelle doit en principe être considéré capable de travailler. Il existe néanmoins une exception fixée dans la législation et une exception dans la jurisprudence. La première exception concerne la reprise d'une activité autorisée par le médecin-conseil. La deuxième exception concerne l'exercice par l'indépendant d'une activité de minime importance dans le cadre de son activité professionnelle indépendante. Cette interprétation de jurisprudence concernant la poursuite d'une activité de minime importance ne s'applique qu'à l'activité exercée par le travailleur indépendant en cette qualité et ne vise donc pas celle qu'il exerce simultanément en qualité de salarié, pas plus qu'elle ne peut concerner une nouvelle activité entamée après le début de l'incapacité de travail. N'est pas autorisé l'exercice d'une activité indépendante que l'assurée exerçait déjà auparavant (coiffeuse) qui n'est pas celle qu'elle exerçait au début de son incapacité de travail (restauratrice)¹³⁶.

Selon la même Cour du travail de Liège, il faut, lors de l'évaluation de l'incapacité de travail d'un titulaire travailleur indépendant, vérifier si l'activité pour laquelle il est censé être encore apte à exercer une activité professionnelle est une activité dont il peut vivre et qui n'implique pas pour lui un déclassement social. Il ne peut donc pas simplement s'agir d'une forme de délasserment¹³⁷.

PRINCIPE DE NON-RÉTROACTIVITÉ D'UNE DÉCISION DE "FIN D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL"

En application de l'article 94, premier alinéa, de la loi AMI de 1994, le Conseil médical de l'invalidité détermine, sur la base d'un rapport établi par le médecin-conseil de l'organisme assureur, le degré d'invalidité et la durée.

L'article 177, § 1^{er}, 1^o, alinéa 2, de l'arrêté AMI de 1996, pris en exécution de l'article 95, alinéa 1^{er}, de la loi précitée prévoit que les décisions concernant la reconnaissance de l'invalidité sont prises au cours des quatre dernières semaines de la période d'incapacité de travail primaire.

En vertu de l'article 94, alinéa 3, de la même loi, les décisions du Conseil médical de l'invalidité constatant la fin de l'état d'invalidité n'ont pas d'effet rétroactif.

Les dispositions précitées s'appliquent également aux décisions relatives à l'invalidité dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants (cf. art. 62 de l'arrêté relatif à l'incapacité de travail des travailleurs indépendants).

Faisant référence aux dispositions précitées, la Cour de cassation a, dans son arrêt du 11 mai 2009¹³⁸, stipulé expressément qu'étant donné que la décision du Conseil médical de l'invalidité concernant la reconnaissance de l'état d'invalidité doit être prise avant le début de la période d'invalidité, la reconnaissance de cet état d'invalidité ne peut être refusée avec effet rétroactif si la décision a été prise après l'échéance de la période d'incapacité de travail primaire ; cette décision ne peut avoir pour conséquence que l'état d'invalidité ne soit pas reconnu pour la période qui précède la décision.

136. C.T. Liège, section de Namur 16.02.2010, B.I.-INAMI 2010/1, p. 93.

137. C.T. Liège, section de Namur 15.01.2008, R.J. INAMI 4.1.4, n° 55, voir aussi C.T. Liège, section de Neufchâteau 09.11.2005, B.I.-INAMI 2006/1, p. 44.

138. Cass. 11.05.2009, JTT 2009, p. 309.

c. La charte de l'assuré social

L'article 22, § 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social stipule que l'institution de sécurité sociale compétente peut, dans les conditions déterminées par son Comité de gestion et approuvées par le ministre compétent, renoncer à la récupération de l'indu :

- a) Dans des cas ou catégories de cas dignes d'intérêt et à la condition que le débiteur soit de bonne foi
- b) Lorsque la somme à récupérer est minime
- c) Lorsqu'il s'avère que le recouvrement de la somme à récupérer est aléatoire ou trop onéreux par rapport au montant à récupérer.

En ce qui concerne la disposition susmentionnée, la Cour constitutionnelle a jugé que, même si le Comité de gestion concerné n'a pas fixé les conditions dans lesquelles il peut être renoncé à la récupération de l'indu, il peut tout de même y être renoncé dans les cas visés aux points a), b) et c)¹³⁹.

Dans le cadre de l'assurance indemnités, le Comité de gestion du Service des indemnités a fixé dans un règlement du 17 mars 1999 (pour les travailleurs salariés) et dans un règlement du 12 février 2001 (pour les travailleurs indépendants) les conditions de renonciation à la récupération.

Selon la Cour du travail de Bruxelles, les juridictions du travail ne disposent que d'un droit de contrôle sur ce type de décisions de renonciation. Elles ne peuvent se substituer à l'administration et ne peuvent donc pas ordonner elles-mêmes une renonciation si la demande de renonciation n'a pas d'abord été soumise au Comité de gestion compétent¹⁴⁰.

Conformément à l'article 23 de la Charte de l'assuré social, sans préjudice de délais plus favorables résultant des législations spécifiques, les recours contre les décisions prises par les institutions de sécurité sociale compétentes doivent, être introduits dans les trois mois de leur notification ou de la prise de connaissance de la décision par l'assuré social en cas d'absence de notification. Ce délai de recours est prescrit à peine de déchéance.

Compte tenu de la disposition précitée, la Cour du travail d'Anvers souligne que l'assuré social qui prétend ne pas avoir reçu l'envoi en recommandé (portant connaissance de la décision) assume la charge de la preuve. Le recours tardif de l'assuré social contre la décision administrative ne peut être justifié que par force majeure. Lorsqu'il est établi que l'assuré social a pris connaissance de la décision et qu'il n'invoque aucune force majeure, l'action intentée au-delà du délai doit être déclarée irrecevable¹⁴¹.

L'article 20, alinéa premier, de la Charte de l'assuré social prévoit que, sans préjudice de dispositions légales ou réglementaires plus favorables, les prestations portent intérêt de plein droit, pour les bénéficiaires assurés sociaux, à partir de la date de leur exigibilité. À l'instar de l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 8 mai 2002, la Cour du travail de Gand a jugé qu'en vertu de l'article précité les bénéficiaires assurés sociaux ont droit aux intérêts sur les prestations qui leur sont dues à partir de la même date, sans tenir compte du fait que le paiement a eu lieu en exécution d'une décision administrative ou d'une décision judiciaire (annulant une décision administrative)¹⁴².

139. C. const. 28.05.2009, n° 88/2009, B.I.-INAMI 2009/3-4, p. 404.

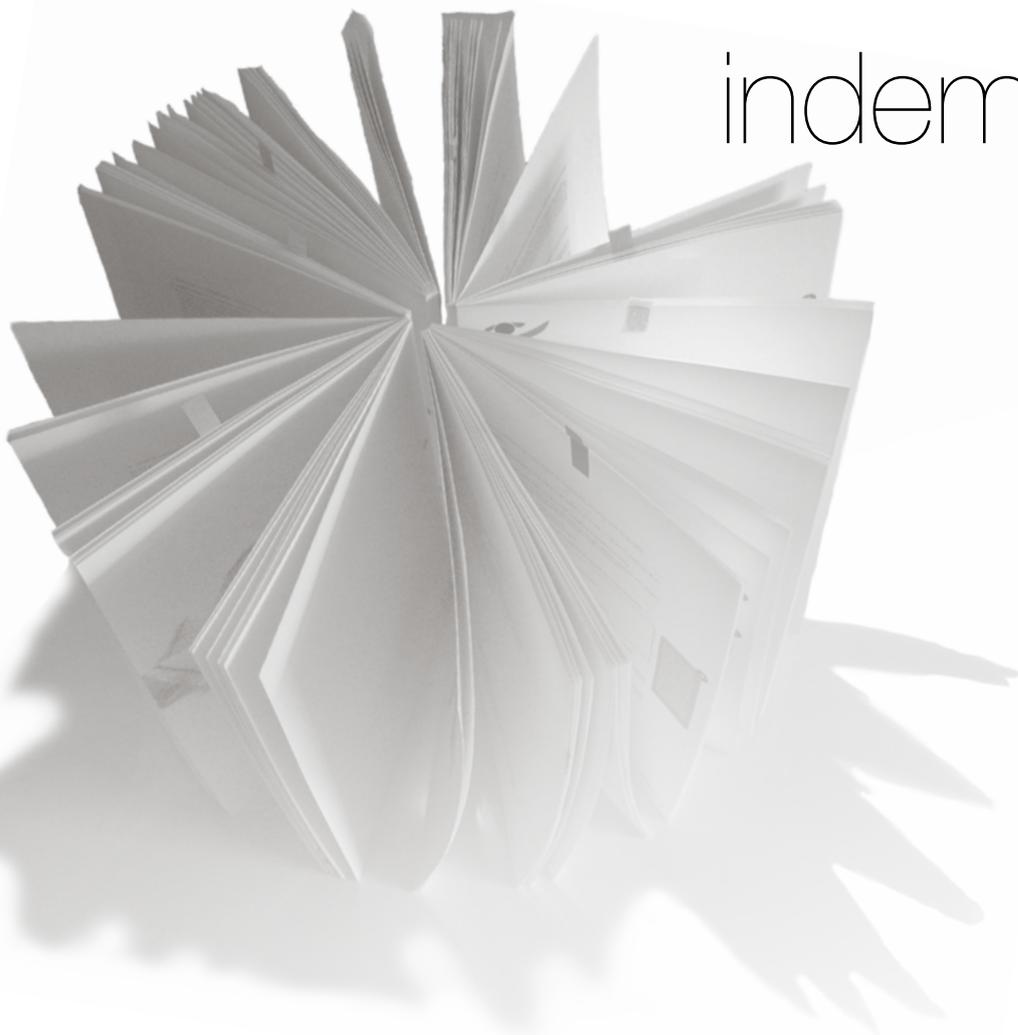
140. C.T. Bruxelles 07.01.2008, Soc. Kron. 2009, p. 231.

141. C.T. Anvers, section d'Anvers 09.12.2008, B.I.-INAMI 2009/2, p. 225.

142. C.T. Gand, section de Gand 02.03.2007, R.J. INAMI 0.5, n° 1.

2^e Partie

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



2^e trimestre 2011

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Conseil technique dentaire

Le règlement d'ordre intérieur du Conseil technique dentaire (CTD) est entré en vigueur le 10 juin 2011.¹ Ce règlement définit les modalités de convocation du Conseil, la fixation de l'ordre du jour, le siège, le secrétariat et la rédaction des procès-verbaux mais aussi le fonctionnement des groupes de travail.

Le CTD constitue des groupes de travail restreints chargés de formuler des avis relatifs aux demandes individuelles d'intervention de l'assurance sur lesquelles le Conseil doit se prononcer conformément à la nomenclature des prestations de santé. Des groupes de travail peuvent également être chargés de l'étude préalable d'un problème mis à l'ordre du jour.

2. Cotisations pharmaceutiques

Pour pallier le dépassement estimé du budget, une cotisation subsidiaire est prélevée, sous forme d'acompte et de solde, à charge des firmes pharmaceutiques dont les spécialités remboursables sont inscrites sur la liste. Cette cotisation est limitée à 100 millions d'EUR par an.

Le pourcentage du solde pour la cotisation subsidiaire est de 1,06 %, à appliquer sur le chiffre d'affaires 2010.²

3. Collaboration entre le niveau fédéral et les Communautés

Par le biais de contrats conclus avec le Comité de l'assurance, l'assurance maladie obligatoire propose un financement des prestations effectuées dans le cadre de programmes de dépistage ou de vaccination par une des entités fédérées.

1. A.R. du 12.05.2011 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique dentaire, M.B. du 10.06.2011, p. 34185.

2. A.R. du 19.06.2011 fixant le pourcentage du solde de la cotisation subsidiaire prévue par l'art. 191, al. 1^{er}, 15^e undecies de la loi SSI - Année 2010, M.B. du 23.06.2011, p. 36859.

Ce financement est exécuté par un arrêté royal entré en vigueur le 10 janvier 2010³ qui prévoit des dispositions concernant :

- Les principes régissant la fixation du budget
- Les principes régissant le paiement de l'intervention
- Les principes régissant le transfert des données à l'INAMI par les entités fédérées et les modalités pratiques concernant ce transfert.

Par ailleurs, ce même arrêté royal fixe les budgets de 2 programmes de prévention concrets :

- Vaccination contre le HPV en Communauté flamande
- Dépistage du cancer colorectal en Communauté française.

4. Campagne de vaccination préventive

L'assurance soins de santé intervient dans les programmes de vaccination préventive nationaux pour les années 2011 et 2012⁴ :

- Le montant de l'intervention est fixé à 28 924 000 EUR, dont 16 499 000 EUR pour la Communauté flamande et 12 425 000 EUR pour la Communauté française et la Communauté germanophone
- Le programme de vaccination 2009/2010 est poursuivi et la vaccination contre le pneumocoque ainsi que les rappels pour les enfants sont maintenus.

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Contraceptifs pour les jeunes

Les jeunes femmes âgées de moins de 20 ans bénéficient d'une intervention supplémentaire dans le prix de certains contraceptifs en application de l'article 56 de la loi SSI. Cette mesure est également applicable en 2011.⁵

3. A.R. du 08.04.2011 portant exécution de l'art. 56, § 2, al. 1^{er}, 5^o, de la loi SSI, M.B. du 26.04.2011 (Éd. 2), p. 25211.

4. A.R. du 22.03.2011 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé pour le paiement de vaccins dans le cadre de programmes de prévention à caractère national pour l'année 2011, M.B. du 01.04.2011, p. 21615.

5. A.R. du 24.05.2011 modifiant l'A.R. du 29.01.2007, fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure une convention en application de l'art. 56, § 2, 1^o, de la loi SSI, en vue de prolonger le financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes, M.B. du 16.06.2011, p. 35815.

b. Malades chroniques

Dans le cadre du programme des malades chroniques, l'assurance soins de santé et indemnités intervient à partir du 20 mai 2011 dans les frais de voyage liés à la rééducation fonctionnelle des enfants (patients âgés de moins de 18 ans).⁶ Il s'agit d'une intervention d'un montant de 0,25 EUR par km pour le déplacement aller-retour des enfants suivis dans des centres de rééducation avec lesquels le Comité de l'assurance a conclu une des conventions types suivantes :

- Maladies métaboliques monogéniques héréditaires rares
- Mucoviscidose
- Maladies neuromusculaires
- Cerebral Palsy
- Spina bifida
- Autisme
- Diabète enfants
- Néphrologie diabétique
- Déficience visuelle
- Convention "Hémophilie".

c. Frais de voyage pour soins médicaux d'urgence

À partir du 1^{er} janvier 2010, l'intervention de l'assurance obligatoire dans les frais de voyage des bénéficiaires transportés en ambulance dans le cadre de soins médicaux d'urgence augmente de 33 % à 50 % des tarifs pour transport en ambulance.⁷

Sur le document de demande d'intervention figurent, à partir du 16 avril 2011, une rubrique distincte relative au forfait pour l'utilisation d'un défibrillateur externe automatique ainsi que les numéros de code de la nomenclature.

d. Intervention majorée

À partir du 1^{er} juillet 2011, l'intervention majorée de l'assurance s'étend aux bénéficiaires d'une allocation de chauffage des catégories 2 et 3 octroyée par les centres publics d'action sociale dans le cadre du Fonds social mazout.⁸

Les bénéficiaires de la catégorie 2 sont des personnes dont le revenu du ménage est inférieur au plafond appliqué dans le cadre de l'intervention majorée. Les bénéficiaires de la catégorie 3 sont des personnes bénéficiant d'une médiation de dettes ou d'un règlement collectif de dettes *et* qui, en outre, sont dans l'impossibilité de payer leur facture de chauffage. Ces bénéficiaires sont inscrits dans le cadre de l'intervention majorée classique sur la base d'une qualité et peuvent bénéficier de l'intervention majorée si les revenus de leur ménage n'excèdent pas un plafond déterminé.

6. A.R. du 28.04.2011 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage, des patients de moins de 18 ans, suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type, M.B. du 10.05.2011, p. 27184, et l'erratum, M.B. du 30.05.2011, p. 31990.

7. A.R. du 23.03.2011 modifiant l'A.R. du 26.04.2009 portant exécution de l'art. 34, al. 1^{er}, 28°, de la loi SSI, M.B. du 06.04.2011, p. 22560.

8. A.R. du 22.03.2011 modifiant l'A.R. du 01.04.2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi SSI, et instaurant le statut OMNIO, M.B. du 04.04.2011, p. 21850.

e. Récupération de prestations payées indûment

L'article 326, § 4, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, stipule ce qui suit :

“Lorsque le montant total des prestations payées indûment à un assuré social est inférieur à 12 EUR, pour les soins de santé, ou à 25 EUR, pour les indemnités d'incapacité de travail, l'organisme assureur est dispensé de récupérer ce montant.”

À partir du 24 avril 2011, le montant pour les soins de santé en-deçà duquel un organisme assureur est dispensé de récupérer des prestations payées indûment est doublé.⁹ Ce montant s'élève dorénavant à 25 EUR, à adapter à l'indice des prix.

2. Dispensateurs de soins

a. Médecins

ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

Les organisations professionnelles représentatives des médecins reçoivent une intervention financière pour leur fonctionnement. Les modalités de paiement de cette intervention ont été fixées le 23 juin 2011.¹⁰ Cette intervention est fixée compte tenu des résultats des dernières élections médicales qui, en l'occurrence, ont eu lieu en 2010 et concernent les années 2011 à 2014 incluses.

- Montant de base : 134 000 EUR
- Montant par voix obtenue : 42,79 EUR.

3. Prestations

a. Médecins

CHIRURGIE

L'article 14 de la nomenclature est modifié à partir du 1^{er} août 2011 en ce qui concerne les prothèses mammaires :¹¹

- Les termes “prothèse mammaire” deviennent “implant mammaire ou expanseur tissulaire mammaire” pour désigner les expanseurs tissulaires mammaires aussi bien temporaires que définitifs
- Les cas où un accord préalable du médecin-conseil est requis sont définis de manière plus précise
- Les conditions sous lesquelles un nouvel implant peut être placé sont également précisées

9. A.R. du 05.04.2011 modifiant l'art. 326, § 4, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 14.04.2011, p. 23665.

10. A.R. du 11.06.2011 modifiant l'A.R. du 25.02.2007 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'INAMI octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins, M.B. du 23.06.2011, p. 36857.

11. A.R. du 11.06.2011 modifiant l'art. 14, c), ll., 1., et e), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.06.2011, p. 37978.

- La reconstruction de la région aréolaire et du mamelon est scindée en deux prestations distinctes
- Le terme “réduction” en combinaison avec la plastie mammaire est supprimé étant donné que le remodelage peut consister aussi bien en une réduction qu’en une expansion mammaire
- Pour le reste, quelques modifications techniques sont également apportées afin d’harmoniser l’article par rapport à l’article de la nomenclature concernant les implants.

IMAGERIE MÉDICALE

À partir du 1^{er} juin 2011, les radiologues ont, dans le cadre de la prestation CT de l’abdomen, droit à des suppléments d’honoraires lorsqu’ils effectuent une “colonoscopie virtuelle” dans des indications bien définies.¹²

À partir du 1^{er} juin 2011 également, 2 nouvelles prestations sont insérées. Elles concernent la CT du cœur :¹³

- La CT coronaro pour visualiser l’anatomie coronaire via CT multi-slice
- La CT du cœur pour visualiser la morphologie des gros vaisseaux sanguins via CT multi-slice CT.

MÉDECINE INTERNE

À partir du 1^{er} août 2011, une intervention est accordée dans les honoraires du médecin spécialiste pour un examen neurologique et l’analyse des résultats chez des patients en état végétatif ou pauci-relationnel dans un “centre d’expertise pour patients comateux”.¹⁴

L’examen neurologique et l’analyse des résultats comportent :

- un examen neurologique spécifique approfondi du patient comateux et la détermination du score sur la “Coma-Recovery-Scale revisited” (hebdomadaire)
- la discussion multidisciplinaire du diagnostic, du pronostic, du planning de sortie et des décisions éthiques avec l’équipe chargée du traitement composée du praticien de l’art infirmier, du logopède, du neuropsychologue, du kinésithérapeute et du médecin rééducateur fonctionnel (hebdomadaires)
- l’entretien de reconnaissance avec la famille quant à ce qu’elle peut espérer du patient au centre d’expertise avant que le transfert du patient (le cas échéant)
- les rapports et l’alimentation des banques de données électroniques du SPF Santé publique par des données démographiques de ce groupe de patients (à l’admission)
- l’établissement du document de sortie requis par le “circuit des soins”.

Ces analyses et discussions sont systématiquement rapportées dans le dossier du patient et les décisions prises sont communiquées à la famille / à l’entourage du patient.

GÉRIATRIE

L’article 25 de la nomenclature est modifié à partir du 1^{er} juillet 2011.¹⁵

12. A.R. du 05.04.2011 modifiant l’art. 17, § 1^{er}, 11^o, de l’annexe à l’A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 21.04.2011, p. 24715.

13. A.R. du 05.04.2011 modifiant l’art. 17, §§ 1^{er} et 14, de l’annexe à l’A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 21.04.2011, p. 24713.

14. A.R. du 11.06.2011 modifiant l’art. 20, § 1^{er}, f) *bis*, de l’annexe à l’A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.06.2011, p. 37980.

15. A.R. du 28.04.2011 modifiant l’art. 25, §§ 1^{er}, 2 et 3, de l’annexe à l’A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 19.05.2011, p. 28513.

Les modifications concernent uniquement des améliorations de texte ou des ajouts et ne comportent aucun nouveau principe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les conditions qui doivent être remplies pour pouvoir porter en compte une prestation d'anatomie pathologique sont davantage précisées à partir du 1^{er} juillet 2011.¹⁶ Cette modification de la nomenclature était nécessaire car les anatomopathologistes ne disposaient auparavant pas d'informations sur le lieu de prélèvement et la notion de champ opératoire. La tarification des prestations est désormais plus simple.

BIOLOGIE CLINIQUE

À partir du 1^{er} juillet 2011, le libellé de la prestation "Dépistage d'une amplification du gène HER2 dans le cadre du choix thérapeutique pour le carcinome mammaire" change.¹⁷ Cette modification implique que les laboratoires peuvent utiliser la technique de leur choix leur permettant de révéler l'amplification du gène H2R2.

À partir du 1^{er} juin 2011, la capacitation des spermatozoïdes ne peut être établie que dans un laboratoire réunissant trois conditions requises :¹⁸

- Être agréé en exécution de l'article 63, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
- Être agréé comme structure intermédiaire pour le matériel corporel humain
- Avoir conclu un accord de collaboration avec un centre de fécondation.

Ces conditions figuraient déjà dans la liste de la loi qui régit l'utilisation de matériel corporel humain¹⁹ et figurent désormais dans la nomenclature.

RÈGLES INTERPRÉTATIVES

Chaque médecin généraliste qui travaille dans un regroupement en médecine générale enregistré peut, à partir du 1^{er} avril 2011, porter en compte le module de prévention dans le cadre de la gestion du dossier médical global, à condition qu'un des médecins du regroupement gère le DMG.²⁰

b. Matériel corporel humain

Le prix de la délivrance de la membrane amniotique à usage dermatologique et de la poudre d'os cortical avec capacité d'ostéoinduction augmente à partir du 1^{er} mai 2011.²¹

Cette disposition relative à l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités s'aligne sur l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) qui fixe les prix du matériel corporel humain.

16. A.R. du 28.04.2011 modifiant l'art. 32, § 8, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 19.05.2011, p. 28512.

17. A.R. du 08.04.2011 modifiant l'art. 33bis, § 1^{er}, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 13.05.2011, p. 27870.

18. A.R. du 05.04.2011 modifiant l'art. 24 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 15.04.2011, p. 23822.

19. Loi du 19.12.2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique, M.B. du 30.12.2008, p. 68774.

20. Règles interprétatives du 23.05.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 07.06.2011, p. 33201.

21. A.R. du 05.04.2011 modifiant l'A.R. du 02.06.2010 portant exécution de l'art. 37, § 9, de la loi SSI, en ce qui concerne les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de délivrance de matériel corporel humain, M.B. du 15.04.2011, p. 23821.

c. Praticiens de l'art dentaire

NOMENCLATURE

• Article 5

L'article 5 de la nomenclature est modifié à partir du 1^{er} mai 2011 :²²

- Examen buccal annuel : la limite d'âge maximum pour l'examen buccal annuel est augmenté et passe du 60^e au 63^e anniversaire. L'examen buccal annuel pourra désormais être attesté chez des patients à partir du 18^e anniversaire jusqu'au 63^e anniversaire
- Détartrage sous-gingival : la limite d'âge maximum pour le détartrage sous-gingival est relevée et passe du 45^e au 50^e anniversaire
- Examen buccal parodontal : le groupe cible de cette prestation est également élargi. Dorénavant, les patients pourront obtenir le remboursement de cette prestation jusqu'au 50^e anniversaire.

L'intervention personnelle pour l'examen parodontal diminue à partir du 1^{er} mai 2011 de 25 EUR à 15,5 EUR pour le bénéficiaire sans régime préférentiel.

À partir du 1^{er} mai 2011, un deuxième astérisque est ajouté aux prestations de nettoyage prophylactique chez des personnes handicapées physiquement ou mentalement, ce qui n'empêche plus l'attestation de l'anesthésie générale.²³

• Article 6

Une prothèse dentaire amovible est remboursée toutes les 7 années civiles à partir du 50^e anniversaire. Pour autant que certains critères médicaux soient respectés, une dérogation à cette règle peut être accordée par le médecin-conseil ou le Conseil technique dentaire. À partir du 1^{er} juin 2011, un nouveau critère médical est inséré dans la nomenclature : les prothèses placées après extractions effectuées en prévention de l'endocardite peuvent désormais également être remboursées.²⁴

RÈGLES INTERPRÉTATIVES

Depuis le 1^{er} mai 2009, 2 implants (abutments et ancrage) sont remboursés chez des assurés âgés de plus de 70 ans. Pour bénéficier de l'intervention, plusieurs critères doivent être remplis dont celui où il est dit que l'assuré doit porter depuis au moins 12 mois une prothèse inférieure amovible complète sur un maxillaire inférieur complètement édenté.

La règle interprétative précise que le terme "édenté" autorise la présence de restes radiculaires et de dents de sagesse incluses pour autant qu'ils ne soient pas visibles.^{25 26}

22. A.R. du 14.04.2011 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 26.04.2011 (Éd. 2), p. 25216.

23. A.R. du 14.04.2011 modifiant l'A.R. du 29.02.1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, M.B. du 26.04.2011 (Éd. 2), p. 25215.

24. A.R. du 14.04.2011 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 26.04.2011 (Éd. 2), p. 25214.

25. A.R. du 05.04.2011 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 26.04.2011 (Éd. 2), p. 25210.

26. Règles interprétatives du 02.05.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 10.06.2011, p. 34382.

d. Kinésithérapeutes

L'article 7 de la nomenclature est modifié à partir du 1^{er} juillet 2011 ²⁷ :

- Sur la prescription, la référence obligatoire à l'éventuel examen consultatif est supprimée. Cette référence n'était pas requise préalablement au traitement de kinésithérapie et était considérée comme un travail administratif superflu
- Lorsqu'un médecin-conseil accepte une demande pour une nouvelle situation pathologique dans la liste "Fb" pendant la période de validité de la première affection "Fb", la période de validité de la nouvelle affection "Fb" court jusqu'au 31 décembre de la deuxième année qui suit la notification. La période de validité pour la notification initiale se termine le 1^{er} janvier de l'année civile qui suit l'année au cours de laquelle la nouvelle situation pathologie est survenue.

e. Prestations d'ergothérapie

À partir du 25 décembre 2010, le remboursement des prestations d'ergothérapie est prévu dans la réglementation. Pour pouvoir attester ces prestations, les attestations établies à partir de la même date sont les mêmes que celles utilisées par les logopèdes, les diététiciens, les podologues et les orthoptistes.²⁸

f. Bandagistes

La commission de conventions bandagistes – organismes assureurs a rédigé une règle interprétative qui entre en vigueur le 1^{er} avril 1992 et qui précise quels patients ont droit à l'intervention de l'assurance pour les poches urinaires de jambe.²⁹

g. Implants

ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

À partir du 1^{er} juillet 2011, 8 nouvelles prestations entrent en vigueur concernant les fixations externes :³⁰

- Les prestations pour fixation externe sont supprimées de l'article 28 de la nomenclature
- Dans l'article 35 de la nomenclature, un nouvel intitulé est ajouté : "Fixateurs externes". Sous cette rubrique figure la liste des nouvelles prestations relatives aux systèmes de fixation externe
- Sous l'intitulé "Accessoires pour prothèses de cheville" est insérée la nouvelle prestation "vis osseuses pour les prothèses de cheville".

27. A.R. du 05.04.2011 modifiant l'art. 7 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 06.05.2011, p. 26599.

28. Règlement du 23.05.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 01.06.2011 (Éd. 2), p. 32688.

29. Règles interprétatives du 21.03.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 11.04.2011 (Éd. 2), p. 23274.

30. A.R. du 28.04.2011 modifiant l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 16.05.2011, p. 28043.

NEUROCHIRURGIE

Deux modifications entrent en vigueur le 1^{er} juin 2011 :

- le libellé de la prestation relative à l'implant pour cranioplastie est étendu de sorte que le "cranial loop" (fabriqué dans une autre matière) puisse être attesté dans le cadre de cette prestation
- le libellé des prestations relatives aux produits viscoélastiques a également été adapté de sorte qu'elles puissent être remboursées par intervention et par œil.

h. Prestations pharmaceutiques

ALIMENTATION ENTÉRALE PAR SONDE

L'intervention de l'assurance pour l'alimentation entérale par sonde est également accordée à partir du 1^{er} juillet 2011 aux enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 17 ans.³¹

III. Indemnités

1. Indemnités pour les travailleurs indépendants

a. Adaptations en matière de bien-être

Les allocations pour travailleurs indépendants sont adaptées pour les années 2011 et 2012.

- Le montant de l'indemnité d'incapacité de travail primaire et de l'indemnité d'invalidité sans cessation de l'entreprise du titulaire ayant charge de famille et du titulaire isolé augmentera respectivement, à partir du 1^{er} septembre 2011, de 2,11 % et 2,37 % à la suite de l'augmentation similaire des montants de la pension minimum des travailleurs indépendants
- À partir du 1^{er} septembre 2011, le montant de l'indemnité d'incapacité de travail primaire et de l'indemnité d'invalidité sans cessation de l'entreprise du titulaire cohabitant sera revalorisé de 2 %³²
- Le montant de l'indemnité d'invalidité avec cessation de l'entreprise augmentera de 2 % à partir du 1^{er} septembre 2011 à la suite de l'augmentation similaire de l'indemnité minimum pour un travailleur salarié régulier
- L'intervention forfaitaire pour l'aide de tiers accordée au plus tôt à partir du 4^e mois de l'incapacité de travail est augmentée, à partir du 1^{er} septembre 2011, de 3 EUR par jour.³³

31. A.R. du 20.05.2011 modifiant l'A.R. du 10.11.1996 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'alimentation entérale par sonde, M.B. du 10.06.2011, p. 34189.

32. A.R. du 11.06.2011 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 24.06.2011 (Éd. 3), p. 37316.

33. Idem.

b. Reprise des activités en période d'incapacité de travail

Le travailleur indépendant reconnu en incapacité de travail peut, en période d'invalidité, reprendre une partie de ses activités d'indépendant qu'il exerçait avant le début de son incapacité de travail, moyennant l'autorisation préalable du Conseil médical de l'invalidité, sur proposition du médecin-conseil de l'organisme assureur. Cette reprise partielle des anciennes activités indépendantes n'est pas subordonnée à une condition de reclassement. À partir du 4 juillet 2011, une reprise partielle des anciennes activités indépendantes peut aussi être autorisée pendant la période d'incapacité de travail primaire, sans condition de reclassement.³⁴ Cette reprise partielle des activités en période d'incapacité de travail primaire requiert l'autorisation préalable du médecin-conseil et ne peut avoir lieu au plus tôt qu'à l'échéance de la période d'incapacité de travail primaire non indemnisable.

c. Prime de rattrapage pour les invalides

À partir du 1^{er} mai 2011, l'assurance soins de santé et indemnités prévoit une prime de rattrapage forfaitaire annuelle de 200 EUR (montant indexé) pour les titulaires invalides qui, au 31 décembre de l'année qui précède l'année de l'octroi, ont été reconnus en incapacité de travail pendant au moins un an.³⁵

2. Indemnités pour les travailleurs salariés

a. Prime de rattrapage pour les invalides

À partir du 1^{er} mai 2011, les conditions d'octroi et le montant de la prime de rattrapage annuelle pour les invalides sont adaptés. Le montant est actuellement octroyé aux titulaires dont la durée de l'incapacité de travail atteint au moins 1 an au 31 décembre de l'année qui précède l'année de l'octroi. Le montant de la prime est majoré à 200 EUR (montant indexé). Auparavant, il fallait avoir été reconnu en incapacité de travail pendant au moins 5 ans et la prime s'élevait à 75 EUR.³⁶

b. Montant maximum pour le calcul des indemnités

Le montant maximum de la rémunération qui doit être pris en considération pour le calcul des indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail primaire ou l'invalidité prend cours le 1^{er} janvier 2011 est revalorisé à partir de cette même date. Il s'agit actuellement d'un montant de 97,7809 EUR.³⁷

c. Titulaire avec personne à charge

Par voie de mesure de transition, le titulaire avec personne à charge ne perd pas sa qualité de titulaire ayant charge de famille purement et simplement à la suite de l'augmentation des indemnités d'invalidité du titulaire travailleur indépendant avec lequel il cohabite à la suite de la revalorisation de ces indemnités au 1^{er} janvier 2006. Cette mesure de transition, qui était initialement accordée pour 3 ans, est à nouveau prolongée jusqu'au 31 décembre 2011.³⁸

34. Idem.

35. A.R. du 18.05.2011 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 27.05.2011 (Éd. 3), p. 31699.

36. A.R. du 20.05.2011 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 08.06.2011, p. 33281.

37. A.R. du 22.03.2011 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 19.04.2011, p. 24221.

38. A.R. du 14.04.2011 modifiant l'art. 225, § 5, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 06.05.2011, p. 26600.

d. Adaptation hors indice des prix

À partir du 1^{er} janvier 2011, certaines allocations sociales sont adaptées hors indice des prix.³⁹

3. Congé de naissance pour les coparents

La loi du 13 avril 2011 instaure un congé de naissance pour les coparents.⁴⁰

Jusqu'à présent, seul le travailleur salarié lié par un contrat de travail avait droit à un congé à l'occasion de la naissance d'un enfant dont la filiation était établie. Dans la pratique, il s'agissait donc du père de l'enfant. Il s'agissait d'un congé de 10 jours qui devaient être pris dans les 4 mois suivant l'accouchement.

À partir du 20 mai 2011, le coparent également peut bénéficier de ce congé, sous certaines conditions :

- Il ne peut y avoir qu'un seul lien de filiation légal vis-à-vis d'une personne, à savoir la mère. Dès qu'un lien de filiation légal est également établi du côté du père, seul le père peut prendre le congé de naissance de 10 jours
- Le coparent qui souhaite prétendre au congé de naissance doit produire une preuve de cohabitation avec la mère de l'enfant.

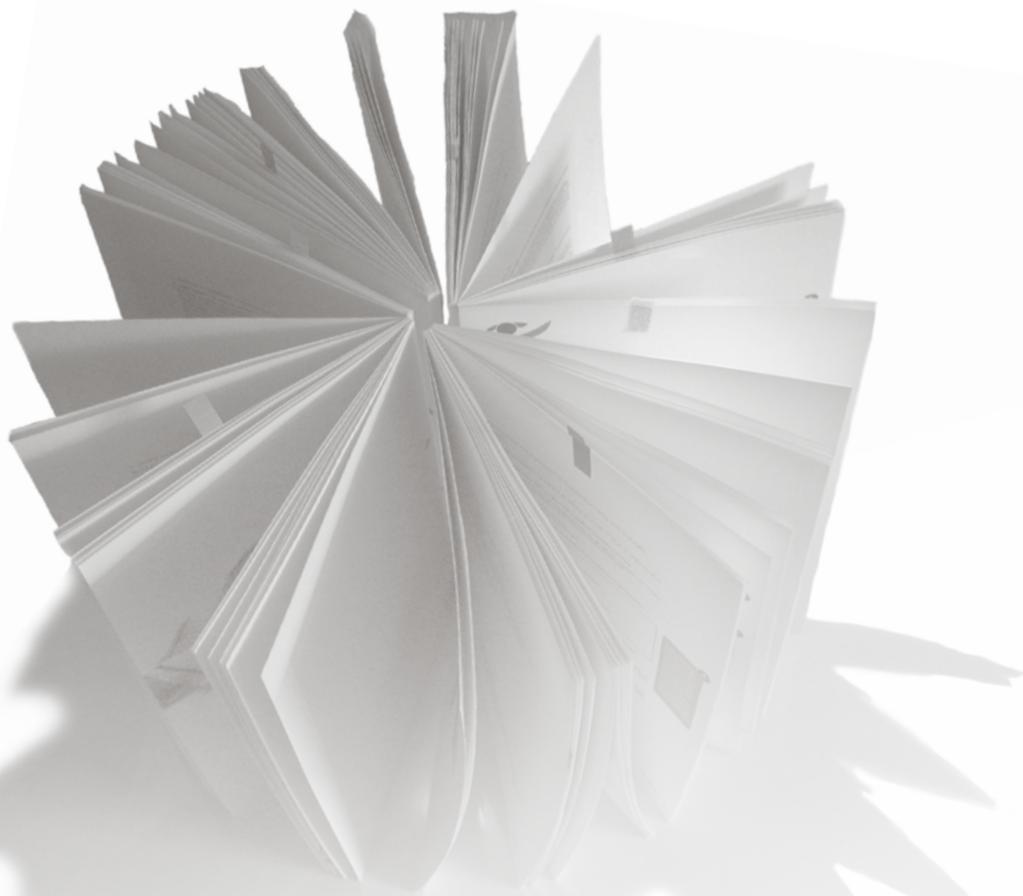
Par ailleurs, la loi du 13 avril 2011 prévoit pour le coparent, en cas de décès ou d'hospitalisation de la mère, la possibilité de transformer la partie restante du repos postnatal en jours de congé. Ce droit était auparavant également réservé au père. Les modalités d'exécution doivent néanmoins encore être discutées au sein du Conseil national du travail.

39. M.B. du 04.05.2011, p. 26299.

40. Loi du 13.04.2011 modifiant, en ce qui concerne les coparents, la législation afférente au congé de paternité, M.B. du 10.05.2011, p. 27182.

3^e Partie

Jurisprudence



I. Conseil d'État, arrêt n° 214.501 du 7 juillet 2011

Loi du 14 juillet 1994, article 36 *duodecies*

A.R. du 12 août 2008

Médecins généralistes – Groupements de médecins généralistes – Fonds d'impulsion – Pas de violation du principe d'égalité ni du principe de précaution.

Le législateur ne viole pas le principe d'égalité en limitant aux groupements de médecins généralistes l'intervention dans les coûts salariaux d'un travailleur qui assiste le médecin généraliste pour l'accueil des patients et la gestion du cabinet. En effet, un argument manifestement raisonnable est avancé pour expliquer la différence de traitement : il s'agit de soutenir financièrement le regroupement qui contribue à résoudre le problème de la pénurie de soins prodigués par les médecins généralistes.

Ce n'est pas parce que la disposition attaquée autorise des mesures plus larges qu'elle devrait être qualifiée de contraire à la législation. Il ne suffit pas non plus de souligner que l'avis de la section législation du Conseil d'État n'a pas été suivi pour en déduire une violation du principe de précaution.

P. D. c./Etat belge

...

Eerste middel

Standpunten van de partijen

8. Als eerste middel voert de verzoeker de schending aan van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet doordat het bestreden besluit uitdrukkelijk stelt dat enkel huisartsen die deel uitmaken van een groepering in de zin van het besluit in aanmerking komen voor een tussenkomst in de loonkosten die verband houden met de tewerkstelling van een werknemer die de huisarts bijstaat in het onthaal van patiënten en praktijkbeheer.

...

Beoordeling

11. De grondwettelijke regels met betrekking tot de gelijkheid en niet-discriminatie sluiten een onderscheiden behandeling van bepaalde categorieën van personen niet uit, voor zover voor dat onderscheid een objectieve en redelijke verantwoording bestaat. Die verantwoording moet worden beoordeeld rekening houdend met het doel en de gevolgen van de betwiste maatregel en met de aard van de ter zake geldende beginselen. Het gelijkheidsbeginsel is geschonden wanneer vast staat dat de aangewende middelen redelijkerwijze niet evenredig zijn met het beoogde doel.

Uit het Verslag aan de Koning bij het bestreden besluit blijkt dat er wel degelijk een niet kennelijk onredelijke verantwoording wordt gegeven voor het verschil in behandeling. De verwerende partij beoogde immers de samenwerkingscontext te onderbouwen via een financiële ondersteuning die het voor de arts gemakkelijker maakt zich in te schrijven in dergelijke context. Dit draagt bij tot het oplossen van het probleem van het onvoldoende beschikbaar zijn van huisartsgeneeskundige zorg en is zodoende niet alleen batig voor de huisartsen zelf, maar ook voor de patiënten, een kwaliteitsvolle huisartsgeneeskunde en de gezondheids-zorgverzekering.

Het eerste onderdeel van het eerste middel is niet gegrond.

12. Het feit dat voor de loonkost van een bediende die de huisartsen bijstaat in het beheer en onthaal van hun huisartsenpraktijk in een tegemoetkoming wordt voorzien en niet voor andere vormen van administratieve ondersteuning, zoals telesecretariaat of meewerkende echtgenoot, toont op zich de schending van het gelijkheidsbeginsel niet aan. De verzoeker maakt overigens niet aannemelijk dat de verschillende categorieën van personen die hij in zijn vergelijking betreft met elkaar vergelijkbaar zijn.

De argumentatie van de verwerende partij dat de kosten verbonden aan een werknemer die men zelf in dienst neemt en die instaat voor het onthaal van de patiënten en het praktijkbeheer van totaal andere aard zijn als deze die men zal doen wanneer men beroep doet op externe diensten zoals een telesecretariaat, wordt door de verzoeker weliswaar ontkend, doch hij zet niet uiteen waarom de aard van deze kosten dan wel vergelijkbaar zou zijn.

De verzoeker blijft dan ook in gebreke aan te tonen dat voormelde categorieën van personen, in het licht van de bestreden maatregel die betrekking heeft op een tegemoetkoming in de loonkost van een bediende die de huisartsen bijstaat in het beheer en onthaal van hun huisartsenpraktijk, voldoende vergelijkbare categorieën zouden vormen.

Het tweede onderdeel van het eerste middel is evenmin gegrond.

Tweede middel

Standpunten van de partijen

13. Het tweede middel is genomen uit de schending van artikel 36*duodecies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna : ZIV-wet), uit machtsoverschrijding, en uit de schending van de beginselen van behoorlijk bestuur, in het bijzonder het algemeen zorgvuldigheidsbeginsel en de materiële motiveringsplicht.

...

Beoordeling

15. Artikel 36*duodecies* van de ZIV-wet luidt als volgt :

“De Koning kan, bij besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, een impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde oprichten, bestemd voor de financiering van maatregelen ter ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, die tot doel hebben huisartsen aan te zetten een huisartsgeneeskundige activiteit uit te oefenen of te blijven uitoefenen. De maatregelen kunnen rekening houden met specifieke objectieve karakteristieken van enerzijds de huisartsen zelf en anderzijds hun praktijk en de plaatselijke kenmerken van de huisartsgeneeskunde, en kunnen onder meer betrekking hebben op de kosten voor de installatie van een huisarts en voor de niet-verzorgingsgebonden activiteiten noodzakelijk voor het beheer van de praktijk.

De uitgaven van het impulsfonds worden ten laste genomen door de begroting van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Koning bepaalt, bij besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de werkingsregels van het impulsfonds”.

Het bestreden Koninklijk besluit voorziet in een tussenkomst van een dergelijk impulsfonds met betrekking tot de loonkost van een bediende die samenwerkende huisartsen bijstaat in het beheer en onthaal van hun huisartsenpraktijk.

In het verslag aan de Koning wordt toegelicht waarom een samenwerkingscontext voor veel huisartsen een cruciale factor kan zijn om in te stappen in het beroep of om het beroep te blijven uitoefenen. Het bestreden besluit houdt dan ook geen schending in van artikel 36^{duodecies} van de ZIV-wet. Het is niet omdat artikel 36^{duodecies} mogelijk ruimere maatregelen toelaat, dat de bestreden regeling in strijd zou zijn met deze bepaling.

Anderzijds ontslaat de door artikel 36^{duodecies} geboden mogelijkheid om de bestreden maatregelen te nemen, zoals de afdeling wetgeving van de Raad van State reeds in zijn advies opmerkte met betrekking tot artikel 55, § 4, van de ZIV-wet, de verwerende partij er niet van om die maatregelen te toetsen aan de grondwettelijke beginselen van de gelijkheid en de niet-discriminatie. Op dit punt volstaat het te verwijzen naar de beoordeling van het eerste middel.

Het advies van de afdeling wetgeving van de Raad van State is niet bindend. Het volstaat niet er op te wijzen dat dit advies niet is gevolgd, om daaruit een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel af te leiden.

Daarnaast valt niet in te zien waarom het feit dat de definitie van het begrip “groepering” in het bestreden besluit afwijkt van de definities in andere koninklijke besluiten, genomen in uitvoering van een andere wettelijke bepaling en met een verschillende inhoud, een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel zou uitmaken. De Koninklijke besluiten van 3 mei 1999 en 16 juni 1999 zijn genomen in uitvoering van artikel 35^{duodecies} van het Koninklijk besluit nr. 78, terwijl het bestreden besluit werd genomen in uitvoering van het later opgeheven artikel 55, § 4, van de ZIV-wet.

Deze bepaling van de ZIV-wet vereiste, in tegenstelling tot artikel 35^{duodecies} van het Koninklijk besluit nr. 78, geen overleg met het overlegcomité. Nu het bestreden besluit niet is genomen in uitvoering van deze bepaling diende evenmin rekening te worden gehouden met deze vormvereiste.

Het tweede middel is niet gegrond.

...

II. Cour de Cassation, 16 mai 2011

Loi du 14 juillet 1994, articles 136, § 2, alinéas 4 et 6 et 170, e)
Non respect de l'obligation d'avertir - Responsabilité civil - Subrogation -
Récupération

Sauf en cas d'erreur invincible ou autre cause d'exonération de responsabilité, l'infraction à une disposition légale ou réglementaire qui prescrit ou interdit un comportement déterminé constitue en soi une faute qui, s'il y a préjudice, engage la responsabilité civile de la personne qui a commis l'infraction, de sorte qu'en décidant simplement qu'il ne peut être déduit de l'obligation d'avertir prévue à l'article 136, § 2, alinéa 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités que le remboursement des débours qui, pour des motifs de prescription, ne peut plus être réclamé par la voie de la subrogation visée à l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi précitée, peut être réclamé en application des articles 170, e, de la loi précitée et 1382 du Code civil, les juges d'appel n'ont pas légalement justifié leur décision.

O.A. c./région flamande
R.G. C.10.0664.N

...

Quant à la seconde branche :

5. Suivant l'article 136, § 2, alinéa 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités précitée, le débiteur de la réparation averti l'organisme assureur de son intention d'indemniser le bénéficiaire.

Au termes de l'article 136, § 2, alinéa 7, de la même loi, si le débiteur de la réparation omet d'informer l'organisme assureur conformément à l'alinéa précédent, il ne peut opposer à celui-ci les paiements effectués en faveur du bénéficiaire; en cas de double paiement, ces paiements resteront définitivement acquis au bénéficiaire.

En outre, conformément à l'article 170, e, de la même loi, l'infraction à l'obligation d'avertir précitée est pénalement réprimée.

6. Sous réserve de l'existence d'une erreur invincible ou d'une autre cause d'exonération de responsabilité, toute méconnaissance d'une disposition légale ou réglementaire qui impose ou interdit un comportement déterminé constitue en soi une faute qui, si elle est cause d'un dommage, engage la responsabilité civile de l'auteur de cette méconnaissance.

7. En se bornant à considérer qu'il ne peut être déduit de l'obligation d'avertir prévue à l'article 136, § 2, alinéa 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, que la demanderesse qui, pour des motifs de prescription, ne peut plus réclamer à la défenderesse le remboursement de ses débours par la voie de la subrogation visée à l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi précitée, peut réclamer ce remboursement en application des articles 170, e, de cette loi et 1382 du Code civil, les juges d'appel n'ont pas légalement justifié leur décision.

Le moyen, en cette branche, est fondé.

...

III. Cour du travail de Mons, 13 octobre 2011

Loi du 14 juillet 1994, article 100 Incapacité de travail - Critères - Groupe de professions

Le taux de la capacité de gain est apprécié par rapport à ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée au moment où il est devenu incapable, mais aussi par rapport aux diverses professions que l'intéressé a exercé ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Au-delà des six premiers mois de l'incapacité primaire, les critères de l'évaluation font appel aux caractéristiques d'un travailleur de référence et aux particularités d'un marché de l'emploi de référence. Par la prise en considération de ces facteurs, l'objectif est d'éviter le déclassement social de l'intéressé.

L'intéressé, dont la dernière activité était mécanicien/régleur de machines d'usines, n'établit pas que sa formation professionnelle est à ce point spécialisée, que son activité professionnelle ne peut s'exercer que dans un milieu où règnent des atmosphères toxiques.

Par conséquent, sa formation et le groupe de professions dans lequel se range sa dernière activité lui permettent bien d'exercer une activité professionnelle dans un milieu de travail qui ne l'exposerait pas à des substances qui lui seraient toxiques.

La décision prise par la médecine du travail selon laquelle l'intéressé est définitivement inapte à exercer sa dernière activité professionnelle est basée sur la législation sur le contrat de travail (inaptitude à exercer le travail convenu), dont les critères d'appréciation de l'incapacité de travail sont beaucoup plus restreints que ceux de l'assurance maladie-invalidité.

Il en va de même pour les critères de reconnaissance d'une maladie professionnelle qui sont étrangers à ceux applicables en assurance maladie invalidité puisqu'ils supposent notamment une exposition à l'influence nocive d'une profession en particulier. Par conséquent, l'existence d'une procédure opposant l'appelant au fond des maladies professionnelles est sans incidence, dans la mesure où il est établi que l'exercice d'une activité professionnelle reste possible dans un environnement sain pour l'intéressé.

A.S. c./INAMI
R.G. 2010/AM/424

...

DÉCISION

L'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994 exige, pour apprécier le taux de la capacité de gain, de se rapporter à ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable *mais aussi dans les diverses professions que l'intéressé a exercées ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.*

Ce n'est que, pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire, que ce taux de réduction de capacité de gain est évalué par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus au moins brève échéance (art. 100, § 1^{er}, al. 4 de la loi susvisée); ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Les critères de l'évaluation de l'incapacité de travail au-delà des six premiers mois font donc appel aux caractéristiques d'un travailleur de référence, aux spécificités d'un groupe de professions de référence et aux particularités d'un marché de l'emploi de référence.

Le travailleur de référence auquel se compare l'assuré social dispose de la même condition et de la même formation professionnelle :

- la condition s'entend du profil intellectuel, scolaire, professionnel, social et culturel de l'intéressé
- la formation professionnelle s'entend de "*l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques dans une technique, un métier. Elle n'est pas synonyme de diplôme en ce qu'elle peut être acquise par la pratique et existe même si l'intéressé qui l'a reçue n'a jamais exercé une profession en rapport avec elle*" (C.T. Mons, 20.11.1991, J.T.T., 1992, p. 153).

Par la prise en considération de ces facteurs personnalisés, l'objectif est d'éviter le déclassement social de l'intéressé.

Ainsi, par exemple, l'incapacité de travail d'un assuré qui, pendant plus de 20 ans, a exercé une fonction de direction en tant que cadre et qui a dû la cesser pour raison de santé, ne doit pas seulement être appréciée par rapport à d'autres fonctions de cadre ou des fonctions de niveau managérial mais aussi par rapport à des fonctions administratives qui ne provoquent pas de déclassement social (C.T. Gand, 15.11.2006, Chr. D.S., 2009, p. 239).

Le groupe de professions de référence est l'ensemble des professions qui peuvent être liées entre elles du point de vue de la formation ou de l'expérience requises.

En l'espèce, l'appelant a une formation professionnelle en mécanique : réglage de machines-outils; formation qu'il qualifie de "usineur-régleur mécanicien machines-outils".

Il prétend avoir exercé cette profession de 1983 et plus particulièrement, au sein de l'entreprise T., dans le secteur d'usinage-brochage, depuis le 30 octobre 1996, ce que l'intimé admet dans son rapport ayant précédé la décision litigieuse.

Au regard des critères légaux de l'article 100, dont la portée a été étayée ci-avant, son appel n'aurait d'intérêt que s'il est établi que sa formation professionnelle est à ce point spécialisée qu'elle ne pourrait s'exercer que dans un milieu où règnent des atmosphères toxique; ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Il s'ensuit que son appel n'est pas fondé.

...

IV. Cour du travail de Liège, section de Namur, 20 octobre 2011

Loi du 14 juillet 1994, article 100

Incapacité de travail - Groupe de professions - Exclusion des travaux lourds

La réduction de la capacité de gain doit être appréciée en ayant égard, non pas à la profession habituelle, à savoir celle d'opérateur d'engins, mais bien au groupe de professions dans lesquelles se range l'activité qui était exercée au moment où l'intéressé est devenu incapable de travailler ou aux diverses professions qu'il a ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

De la circonstance que le FOREM a déclaré l'intéressé inapte à l'apprentissage du métier de soudeur, il n'est pas permis d'exclure l'exercice de toute activité, et pas davantage une formation, dans un métier n'impliquant pas de travaux lourds.

Un ensemble de professions n'impliquant pas la réalisation de travaux lourds reste accessible parce que compatible avec son état. Le contexte économique où les perspectives d'embauche s'avèrent à cet égard sans incidence.

P. A. c./INAMI
R.G. 2011/AN/4

...

L'incapacité de travail de l'appelant ayant débuté le 18 décembre 2006, soit depuis plus de six mois lorsque lui a été notifiée, le 31 octobre 2007, la décision qui fait l'objet du présent litige, la réduction de sa capacité de gain devait être appréciée en ayant égard, non pas à sa profession habituelle, à savoir celle d'opérateur d'engins (bulldozers, ...), mais bien au groupe des professions dans lesquelles se range l'activité qui était exercée par lui au moment où il est devenu incapable de travailler ou aux diverses professions qu'il a ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle (art. 100, § 1^{er}, al. 1^{er}, loi coordonnée le 14.07.1994).

N'est pas discutée la question de l'inaptitude de l'appelant à encore exercer des travaux sollicitant de façon importante le rachis, notamment ceux inhérents à la profession de conducteur d'engins qui était la sienne jusqu'à ce qu'il soit admis au bénéfice de l'indemnisation prévue par l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

L'appelant n'a déposé aucun document qui viendrait confirmer que, comme il le soutient en termes de requête d'appel, l'AWIPH aurait conclu, le concernant, à une impossibilité de reclassement.

Contrairement à ce que considère celui-ci, l'ONEm ne l'a pas déclaré, à la suite d'une visite médicale, définitivement inapte à l'exercice de toute profession, mais l'a uniquement, en février 2010, en raison d'une inaptitude temporaire, et non pas permanente, de 33 % au moins, temporairement dispensé de se soumettre à une procédure d'activation du comportement des chômeurs prévues par les articles 59*bis* et suivants de l'arrêté royal du 25 novembre 1991.

De la circonstance que le FOREM l'a, le 14 septembre 2009, déclaré inapte à l'apprentissage du métier de soudeur - formation acquise par lui dans l'enseignement technique (supra), mais apparemment non pratiquée -, il n'est pas permis d'exclure l'exercice de toute activité, et pas davantage une formation, dans un métier n'impliquant pas de travaux lourds.

Dans son rapport provisoire, le docteur S. B. indiquait par ailleurs que les métiers de soudeur ou de tourneur devaient lui être accessibles dès lors que sa situation clinique s'était stabilisée et que les tâches à réaliser dans le cadre de l'exercice de l'une ou l'autre de ces professions le seraient en positions alternées.

Enfin, l'appelant a fait état, au cours des travaux d'expertise, d'une indemnisation dans le cadre de la législation sur les maladies professionnelles mais, bien qu'il s'y soit engagé, n'a jamais fait connaître à l'expert le taux de l'indemnisation dont, à charge du Fonds des maladies professionnelles, il bénéficie.

Si le reclassement de l'appelant dans des professions n'impliquant l'exercice que de travaux autres que lourds ne doit sans doute pas être envisagé dans des activités dont l'exercice relèverait d'une pure utopie (GOSSERIE, Ph., "Assurance maladie-invalidité obligatoire - La réduction de capacité de gain de soixante-six pourcent au moins - Sa portée, ses limites, ses exigences"; *J.T.T.*, 1992, p. 141), lui reste accessible, comme le relèvent l'expert, parce que compatible avec son état, un ensemble de professions n'impliquant pas la réalisation de travaux lourds, le contexte économique ou les perspectives d'embauche s'avérant à cet égard sans incidence (Cass., 25.10.1982, *Pas.*, 1983, I, p. 258; Cass., 26.02.1990, *J.T.T.*, 1990, p. 228).

Il appartient au FOREM dont il s'avère que telle est sa raison d'être, nonobstant les obstacles que constituent sans doute l'âge et les limites physiques de l'appelant, dès lors qu'il émerge à l'assurance contre le chômage et n'a pas fait l'objet d'une décision d'inaptitude qui lui aurait été notifiée sur base de l'article 62 de l'arrêté royal du 25 décembre 1991, de mettre tout en œuvre pour lui assurer une réinsertion, le cas échéant en lui proposant une formation qui lui permette l'exercice d'une profession excluant la réalisation de travaux lourds.

L'appel doit, partant, être dis non fondé.

...

V. Cour du travail de Liège, 14 octobre 2011

A.R. du 14 septembre 1984, article 14, d)
Nomenclature - By-pass gastrique - Conditions - Âge - D'ordre public

La pose d'un pass gastrique n'est remboursable qu'à certaines conditions cumulatives qui traduisent le souci du législateur de voir la prestation comme un recours ultime, lorsque toutes les autres thérapeutiques ont échoué.

La nomenclature des soins de santé présente un caractère d'ordre public ce qui a pour conséquence qu'elle est de stricte interprétation.

Il en résulte que l'intéressée aurait du démontrer que l'opération envisagée devait, pour des raisons médicales impérieuses, être entreprise d'urgence sans attendre qu'elle atteigne la majorité légale, en raison d'un risque sérieux pour sa santé, ou d'un risque de lui faire perdre toute utilité si l'on attendait cette échéance.

R.C. c./INAMI et O.A.

R.G. 2010/AL/650

...

II. Les faits

1. La décision que conteste Monsieur P.C., et son épouse, Madame S.L., en leur qualité d'administrateurs légaux de la personne et des biens de leur fille mineur R.C. (ci-après : "les appelants") leur a été communiquée le 7 janvier 2010 par l'O.A. (ci-après : "la seconde intimée").

Cette décision, prise après qu'avis ait été demandé au Conseil Technique de la Nomenclature, a refusé l'intervention de l'**INAMI** (ci-après : "le premier intimé") dans le placement d'un "by-pass gastrique", intervention qui a été sollicitée par les appelants en raison de l'obésité morbide dont souffre leur fille mineure.

Cette décision de refus d'intervention de l'assurance-maladie invalidité est motivée par référence à l'article 14, d), de la nomenclature qui fixe, parmi d'autres conditions, une condition d'âge consistant en ce que le patient doit avoir atteint l'âge de la majorité, 18 ans, et ce, sans aucune dérogation.

2. Les requérants ont fait valoir, devant le Tribunal du travail de Huy qu'ils ont saisi de leur recours contre cette décision, une situation de force majeure imposant, selon eux, qu'il soit dérogé à cette condition d'âge en faveur de cette jeune fille âgée de 16 ans, souffrant de manière chronique d'obésité et dont le surpoids la handicape fortement pour l'exercice de toute activité professionnelle alors qu'elle désire être coiffeuse, outre une série de problèmes graves dans sa vie quotidienne et dans ses relations sociales.

Ils ont produit à cet effet un certificat médical du Dr D. (...), daté du 30 septembre 2009, qui situe l'origine du problème d'obésité dans la prise de cortisone en raison d'un problème O.R.L. survenu dans le cours de la petite enfance.

2.1. Le chirurgien observe une augmentation constante du poids de l'intéressée (138 kilos pour 1 m 67), sans que les différents régimes alimentaires suivis auprès de nutritionnistes et de diététiciens aient réussi à enrayer cette obésité morbide.

2.2. Le rapport médical souligne que l'intéressée mange bien au moment des repas, de grosses assiettes, boit des boissons sucrées de manière exagérée et prend de temps en temps de l'alcool, mais ne fait aucun sport et conclut que pour ce qui concerne l'hygiène de vie, "elle n'a pas accompli un parcours idéal."

2.3. Il estime toutefois qu'il existe une indication de chirurgie bariatrique dans le chef de cette jeune patiente, hypertendue et dépressive, qui est demandeuse d'une solution efficace pour perdre du poids.

3. Ce diagnostic est partagé par le Dr B. (...) qui, dans un rapport établi le 17 novembre 2009, retient une indication de by-pass gastrique au vu de l'état clinique de la patiente et de ses antécédents familiaux.

Ce spécialiste conclut son rapport en estimant qu'"une très grande partie de son syndrome métabolique pourra trouver une amélioration notable suite à la perte pondérale significative obtenue grâce à la chirurgie bariatrique".

4. Ces rapports médicaux ont été soumis à l'**INAMI** par le médecin directeur de l'O.A.

Le premier intimé a, par décision du 29 décembre 2009, confirmé que la condition d'âge visée par l'article 14, d), de la nomenclature n'était pas susceptible de dérogation en sorte qu'aucune intervention de l'assurance ne peut être accordée pour l'intervention chirurgicale ni pour le matériel de consommation ou implantable utilisé. Cette décision a été communiquée le 7 janvier 2010 par la seconde intimée à la fille des appelants.

...

VI. La décision de la cour

1. La nomenclature des soins de santé pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie invalidité présente un caractère d'ordre public, ce qui a pour conséquence qu'elle est de stricte interprétation.

L'article 14, d), de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dispose, dans sa version en vigueur à la date de la demande, que les prestations de gastroplastie de réduction ne sont remboursables qu'aux conditions suivantes :

- "BMI" ≥ 40 ou, pour le patient avec diabète démontré, ≥ 35
- à partir de 18 ans
- avoir subi pendant au moins un an un traitement documenté sans obtenir de résultat stable
- après une concertation bariatrique multidisciplinaire effectuée au préalable à laquelle participent conjointement et au moins outre le médecin spécialiste en chirurgie, un médecin spécialiste en médecine interne, et un médecin spécialiste en psychiatrie, ou un psychologue clinique. Le rapport de cette concertation explicitant l'indication opératoire doit être signé par les trois participants des disciplines précitées. Le rapport de la concertation ainsi que les données relatives au traitement par régime se retrouvent dans le dossier médical.

2. Il s'agit donc d'un ensemble de conditions cumulatives auxquelles le législateur social a subordonné l'intervention de l'assurance maladie dans la prise en charge des soins et traitements nécessités par l'affection dont souffre la jeune requérante.

Ces conditions traduisent le souci du législateur de ne voir dans la pose d'un by-pass gastrique qu'un ultime recours, lorsque toutes les autres thérapeutiques ont échoué, parmi lesquelles un traitement d'un an avec un régime spécifique.

S'agissant d'une intervention chirurgicale susceptible d'avoir des conséquences importantes sur le plan de la santé, le législateur a considéré que, pour émettre un consentement libre et éclairé sur le bien-fondé de ce type d'opération, il était requis que la patiente ait atteint l'âge de la majorité légale.

3. La comparaison que fait le conseil des appelants avec la matière du contrat de travail n'est pas pertinente : s'il est exact que pour conclure un contrat de travail, la loi considère qu'un jeune travailleur dispose de la capacité requise à cet effet dès l'âge de 16 ans, le législateur social a pu valablement en décider autrement lorsque la décision à prendre portait non sur l'exercice d'une activité susceptible de procurer une rémunération à un mineur, mais, de façon bien plus fondamentale sur l'opportunité de subir une opération chirurgicale.

La justification de cette condition peut être recherchée à deux niveaux.

Sur le plan individuel, tout d'abord, le législateur social a pu considérer qu'il convenait que le ou la patiente ait atteint la maturité requise pour décider, en toute liberté, et après avoir mûrement réfléchi le pour et le contre de l'acte qu'il allait poser, d'une intervention chirurgicale engageant sa propre personne.

Sur le plan collectif ensuite, il ne saurait être reproché au législateur d'avoir posé les limites de l'intervention de la collectivité dans la prise en charge des frais médicaux engendrés par cette opération chirurgicale en n'en admettant le principe qu'une fois atteint l'âge de la majorité, et pour autant que soient remplies les autres conditions. Il doit être rappelé ici que les prestations de l'assurance maladie-invalidité sont, pour partie, le fruit des cotisations sociales versées par les travailleurs et les employeurs et qu'il appartient au législateur de décider sous quelles conditions et sous quelle forme les prestations de ce régime de sécurité sociale peuvent être octroyées aux assurés sociaux.

4. Il doit d'emblée être constaté que la condition de majorité n'était pas remplie par l'intéressée à la date à laquelle elle a introduit la demande de prise en charge de cette opération de chirurgie bariatrique consistant en la pose d'un "by-pass" gastrique.

Il s'agit d'une condition à laquelle il ne peut être dérogé.

Les incontestables problèmes de santé qu'entraîne l'affection dont souffre la jeune fille, les difficultés d'ordre psychologique et d'ordre relationnel qu'elle vit au quotidien en raison de son obésité morbide doivent assurément être pris en considération avec sérieux.

La Cour observe toutefois que même si la nomenclature avait permis que l'on s'écarte de cette condition dans des cas de force majeure - ce qui n'est pas prévu par le texte légal dont on a dit qu'il est de stricte interprétation - il reste que les appelants ne démontrent pas l'existence d'un cas de force majeure, permettant de dispenser leur fille de la condition de majorité.

5. Il leur aurait fallu démontrer, dans pareil cas, que l'opération envisagée devait, pour des raisons médicales impérieuses, être entreprise d'urgence sans attendre qu'elle atteigne la majorité légale, en raison d'un risque sérieux pour sa santé, ou d'un risque de lui faire perdre toute utilité si l'on attendait cette échéance.

Or, pareille circonstance n'est nullement démontrée en l'espèce.

Aucune pièce du dossier des appelants ne vient par ailleurs apporter la preuve que la jeune fille aurait subi, durant un an, un traitement documenté avec un régime spécifique, comme exigé par la réglementation.

Les rapports médicaux qu'elle produit à l'appui de sa demande d'intervention ont été établis un mois avant son introduction. Ils font certes état de divers régimes que l'intéressée aurait suivis au cours des 10 dernières années, mais sans autre précision.

Aucun rapport de concertation n'est produit, tel qu'exigé par la 4^e condition réglementaire énoncée ci-dessus.

6. La comparution personnelle que sollicite la jeune requérante, par l'entremise de ses représentants légaux n'est susceptible d'apporter aucun élément de nature à invalider la décision qu'ils contestent.

En effet, si dans le cadre de cette audition la jeune fille pourrait faire état des troubles que lui occasionne son état et dont la Cour est bien consciente, ceci n'enlèverait rien au fait que la condition de majorité n'était pas remplie à la date de sa demande et que les autres conditions prévues par la réglementation, à la seule exception du "BMI", ne sont pas remplies à l'heure actuelle. La décision administrative contestée, qui est conforme à la réglementation doit être confirmée, en sorte que l'appel doit être déclaré non fondé.

7. Il n'y a pas davantage lieu de faire droit à la demande subsidiaire, dès lors que, comme le soutient le premier intimé, la Cour est saisie de la légalité de la décision adoptée le 23 décembre 2009 et ne peut que constater que la condition de majorité légale n'était pas remplie à cette date.

Il appartiendra à la jeune fille, qui sera majeure lorsque lui sera notifié le présent arrêt, d'introduire, si elle le souhaite, une nouvelle demande après s'être soumise au processus d'examen et d'évaluation d'un régime documenté, comme le prescrit la réglementation.

8. L'appel dirigé contre la seconde intimée doit être déclaré irrecevable, dès lors qu'elle n'est pas l'auteur de la décision contestée, qui a été adoptée par le premier intimé, et qu'elle s'est bornée à communiquer aux appelants.

...

VI. Cour du travail d'Anvers, section de Hasselt, 3 juin 2011

Constitution, article 159

Loi du 14 juillet 1994, article 69, § 4

Financement de maisons de repos pour personnes âgées – Disposition modificative – Légalité des actes administratifs – Intérêt général – Mesure budgétaire – Pas de violation

Depuis 1997, les maisons de repos sont financées de manière toute à fait différente des années précédentes. L'objectif du législateur était de prévoir une enveloppe pour les dépenses dans ce secteur afin d'éviter toute surconsommation.

L'objectif de la réglementation découlant de l'A.R. du 24 décembre 1996 ne constitue nullement une atteinte disproportionnée aux droits personnels et aux attentes légitimes de la maison de repos en question. Aucune incidence concrète de la réglementation attaquée sur ses attentes légitimes n'a été démontrée et le principe d'égalité n'est pas violé puisque toutes les maisons de repos ont été traitées de la même manière.

La violation du principe de sécurité juridique et du principe d'égalité et le non-respect de l'attente légitime ne peuvent donc pas être accueillis.

S.A. c./INAMI
R.G. 2010/AH/76

...

2. De discussie in onderhavig geschil betreft als zodanig de berekening en toepassing door het RIZIV van de aan de N.V. voor het jaar 1997 toegestane voorlopige begroting van de financiële middelen.

Het RIZIV heeft deze bepaald op 8 781 574 BEF.

De N.V. meent dat deze op 9 629 772 BEF (en daarbij in de eerste aanleg-procedure verwijzend naar een "definitief budget") moest worden vastgesteld.

De arbeidsrechtbank te Tongeren heeft in het vonnis *a quo* de desbetreffende vordering van de N.V. ongegrond verklaard en heeft de bestreden RIZIV-beslissing bevestigd.

Het Hof is van oordeel dat de eerste rechters een correcte oplossing aan de te beslechten rechtskwestie hebben verleend.

Het op oordeelkundige motieven gesteunde vonnis van de arbeidsrechtbank wordt door het Hof bevestigd, en het Hof verwijst naar de terzake door de eerste rechters in het vonnis *a quo* ontwikkelde overwegingen waarbij het Hof zich kan aansluiten en die het zich eigen maakt, voor zover ze niet in tegenspraak zijn met het navolgende.

3. De door het RIZIV toegepaste becijfering (voorlopige begroting 1997) werd uitgevoerd in toepassing van de bepalingen van het alsdan vigerende Koninklijk besluit van 24 december 1996 tot uitvoering van artikel 69, § 4, 2^{de} lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, 12^o van dezelfde wet (B.S. van 31.12.1996).

Het voordien bestaande systeem werd fundamenteel gewijzigd door dit Koninklijk besluit van 24 december 1996 dat een specifieke vorm van budgettering bepaalt.

Het gegeven dat de "tegemoetkoming" voorheen volgens het alsdan vigerende reglementaire kader op een totaal andere wijze plaatsvond, neemt uiteraard niet weg dat het de bepalingen zijn van het effectief geldende "nieuwe systeem" die hier moeten worden toegepast, zulks ongeacht of deze dan in vergelijking met het vorige systeem minder voordelig blijken uit te vallen voor de N.V.

De alhier toepasselijke (wettelijk bepaalde) wijze van budgettering kadert in de maatregelen die door de overheid werden getroffen tot beheersbaarheid van de uitgaven in de geneeskundige verzorging voor sommige forfaitaire verzekeringstegemoetkomingen.

Het gaat om een vorm van "enveloppefinanciering" waarin voorzien wordt bij het Koninklijk besluit van 16 december 1996 (vermeld in de preambule van het K.B. van 24.12.1996), en die geldt voor alle rustoorden voor bejaarden en voor alle rust- en verzorgingstehuizen.

Waar er voorheen de effectieve verblijfsdagen aangerekend werden voor de verschillende categorieën van bejaarden (O, A, B en C-dementen) te vermenigvuldigen met het aantal verblijfsdagen, wordt door het Koninklijk besluit van 24 december 1996 in een ander systeem voorzien (art. 2 K.B.) :

“voor elk rustoord wordt door de Dienst enerzijds een voorlopig budget van financiële middelen bepaald dat de forfaitaire tegemoetkomingen zou moeten dekken voor het vierde trimester 1996 en het eerste en tweede trimester 1997 en anderzijds een definitief budget van financiële middelen dat de tegemoetkomingen dekt voor het vierde trimester 1996 en het eerste, tweede en derde trimester 1997”.

Hoewel de N.V. haar vordering blijkbaar formuleerde in functie van een “definitief budget”, heeft de RIZIV-beslissing waartegen zij beroep instelde betrekking op het “voorlopig budget”, en het is in functie van deze laatste ter discussie staande toepassing (vervat liggend in de bestreden beslissing) dat het Hof een verdere beoordeling uitspreekt.

4. De berekening van het voorlopig budget wordt overeenkomstig artikel 3 van het K.B. van 24 december 1996 bepaald in functie van:

- 1) het aantal rechthebbenden per categorie
- 2) de wijziging van categorie in het 4^{de} trimester 1996
- 3) de forfaitaire tegemoetkomingen
- 4) het aantal kalenderdagen.

Door het RIZIV werd bij haar berekening op correcte wijze rekening gehouden met deze criteria.

Het Hof verwijst hier op dienende wijze naar hetgeen daaromtrent door de arbeidsrechtbank in het vonnis *a quo* overwogen werd, luidend als volgt (cf. het vonnis *a quo*, blz. 6-8):

“1. Het aantal rechthebbenden per categorie

Het aantal rechthebbenden per categorie (O, A, B en C) wordt vastgesteld op basis van het aantal rechthebbenden waarvoor door het betrokken rustoord over het tweede en derde trimester van 1996 een tegemoetkoming werd aangerekend (art. 3, § 1, 1^o van het K.B. van 24.12.1996) waarvan het gemiddelde wordt genomen.

In casu bedraagt het gemiddeld aantal rechthebbenden per categorie, meegedeeld door de betrokken instelling in een vragenlijst over de periode van het tweede en derde trimester van 1996 :

- categorie O: 0
- categorie A: 10.43
- categorie B: 18.11
- categorie C: 16.13.

Bij de berekening van het aantal rechthebbenden kan er in sommige gevallen rekening worden gehouden met een aanpassing van bedden of erkenningen (art. 3 par. 1, a-b)

Deze aanpassingen of erkenningen hebben allemaal betrekking op de periode over het tweede en het derde trimester van 1996.

Aanpassingen of erkenningen die plaats hadden voor het tweede trimester worden niet in rekening gebracht.

In casu had een aanpassing van het beddenaantal plaats in januari 1996. De voorlopige erkenning van de uitbreiding van het rustoord van eisende partij dateert van 10 juni 1996 en is ingegaan op 1 december 1996. Aldus kon geen rekening gehouden worden met deze uitbreiding voor de berekening van het definitief budget.

2. Wijziging categorie vierde trimester 1996

Het aantal rechthebbenden dat tijdens het vierde trimester van 1996 van categorie veranderde, gegevens afkomstig van de verzekeringsinstelling, wordt eveneens opgenomen in de begroting van het voorlopig budget :

- categorie O: 0
- categorie A: + 2
- categorie B: -2
- categorie C: 0.

Aldus komt het aantal rechthebbenden voor de respectievelijke categorieën, inclusief de aanpassingen voor het vierde trimester 1996 op :

- categorie O: 0
- categorie A: 12.43
- categorie B: 16.11
- categorie C: 16.13.

3. Forfaitaire tegemoetkomingen

Verder wordt rekening gehouden met de forfaitaire tegemoetkomingen, die door het rustoord mochten worden aangerekend op 1 oktober 1996 (art. 3, § 1, 4^o van K.B. van 24.12.1996).

De forfaitaire tegemoetkomingen worden berekend met toepassing van het Koninklijk besluit van 5 april 1995, waarbij rekening wordt gehouden met het aantal rechthebbenden per categorie en het personeel wettelijk noodzakelijk tewerkgesteld in de instelling. De bedragen, vastgesteld in het Koninklijk besluit van 5 april 1995, worden jaarlijks geïndexeerd. (art. 3, K.B. van 05.04.1995).

Het forfait per categorie bedraagt :

- categorie O: 0
- categorie A: 143 BEF
- categorie B: 782 BEF
- categorie C: 1 103 BEF.

4. Aantal kalenderdagen

Tenslotte worden in de berekening van het voorlopig budget, de kalenderdagen van het vierde trimester 1996 en het eerste en tweede trimester 1997 in aanmerking genomen (art. 3, § 1, 5^o, K.B. van 24.12.1996).

Voor het betrokken rustoord bedraagt het aantal kalenderdagen 273”.

Het Hof neemt deze door de eerste rechters vermelde overwegingen over en maakt ze tot de zijne.

In functie van de vermelde criteria en conform de concrete invulling daarvan, diende het bedrag van de voorlopige financiële middelen van de N.V. te worden bepaald op 8 781 564 BEF, zijnde het bedrag dat hier effectief door het RIZIV werd toegepast.

De door het RIZIV toegepaste berekening gebeurde dus overeenkomstig de vigerende wettelijke bepalingen, en kan bijgevolg enkel maar als zijnde correct worden bestempeld.

5. De door de N.V. anders voorgestane berekening werd uitgevoerd met negatie van de vigerende wettelijke bepalingen – zijnde die van het Koninklijk besluit van 24 december 1996 – hetgeen niet kan worden aanvaard.

De N.V. schijnt daarbij vigerende wettelijke bepalingen te contesteren op basis van de aanvoering dat het Koninklijk besluit van 24 december 1996 onwettig zou zijn, en beroept zich daarbij dan op een beweerde schending van het “rechtszekerheidsbeginsel”, de “gerechtvaardigde verwachting” en het “gelijkheidsbeginsel”.

Deze argumentatie van de N.V. faalt:

Het Hof verwijst ook in dit verband naar hetgeen daaromtrent door de arbeidsrechtbank in het bestreden vonnis overwogen wordt, luidend als volgt (cf. het vonnis *a quo*, blz. 9-14):

“1. Krachtens artikel 159 van de Grondwet passen de rechtbanken de algemene provinciale en gemeenrechtelijke besluiten en verordeningen alleen toe, in zoverre zij met de wetten overeenstemmen.”

“De naleving van de wetten is in artikel 159 Ger. Wetb. in de meest ruime zin bedoeld : de besluiten in reglementen moeten niet enkel met de formele wetten overeenstemmen, maar ook met de aan de formele wetten gelijkwaardige of hogere rechtsnormen : de internationale normen met directe werking in de nationale rechtsorde, de grondwettelijke bepalingen, de wetten, de decreten, de ordonnaties, alsmede de algemene rechtsbeginselen”.

(Publiek Procesrecht, Artikelsgewijze Commentaar met overzicht van rechtsleer en rechtspraak – G.W. art. 159 – 15 nr. 28).

De rechter kan bijgevolg een besluit, dat niet verenigbaar is met artikel 10 of 11 van de Grondwet, of met de algemene rechtsbeginselen buiten toepassing laten.

“Hoewel het vaak dansen op een slappe koord is, vermag de rechter niet de opportuniteit van de bestuurshandeling te toetsen. De bij artikel 159 aan alle rechtscolleges toegekende bevoegdheid reikt niet buiten het gebied van de interne wettigheid van de bestuurshandelingen. Bij de beoordeling van die handelingen mag de rechter zich niet begeven op het terrein van de opportuniteit, de doeltreffendheid, of de politieke besluitvorming, doch enkel op het vlak van de wetmatigheid. (Publiek Procesrecht, o.c. G.W. art. 159 - 17 nr. 34).”

2. Conform artikel 69, § 4 van de Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, werd aan de Koning de bevoegdheid verleend om voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, 11° en 12° (verstrekkingen die verleend worden in rustoorden voor bejaarden ...), het globaal budget van financiële middelen vast te leggen. De Koning bepaalt eveneens de modaliteiten en de criteria van de berekening per dienst of inrichting van een budget van financiële middelen, alsmede de vaststelling van dit budget per verblijfdag, rekening houdend met het globaal budget.

In uitvoering van artikel 69, § 4 werd voor het begrotingsjaar 1997 de bepaling van het individueel voorlopig en definitief budget vastgelegd in het Koninklijk besluit van 24 december 1996.

De bedoeling van de wetgever was de uitgaven in de sector van de rustoorden te envelopperen teneinde overconsumptie te vermijden.

Deze maatregel liep samen met een geheel aan algemene en bijzondere begrotingsmaatregelen tot regulering, correctie en controle van de uitgaven in de sector van de gezondheidszorgen. (o.a. art. 51 Gec. Ziektewet).

Het globaal budget werd voor 1997 aanvankelijk vastgelegd op 13 960,9 miljoen BEF (K.B. van 16.12.1996 B.S. 31.12.1996) en later gewijzigd tot 15 180,9 miljoen BEF, bij het Koninklijk besluit van 29 augustus 1997 (B.S. 17.10.1997).

Deze reglementering impliceerde dat de financiering van de rustoorden, met ingang van het jaar 1997, op een geheel andere wijze verliep dan de voorgaande jaren.

De enveloppering van de uitgaven in de sector van de rustoorden werd ingegeven door de bekommernis van het onverantwoord stijgen van de uitgaven in de gezondheidssector.

In het algemeen belang werd er een regeling uitgewerkt om de uitgaven te kunnen controleren en corrigeren. Daarom wordt er in het Koninklijk besluit van 24 december 1996 gewerkt aan de hand van twee budgetten, met name een voorlopig en een definitief budget. Het voorlopig budget loopt over drie trimesters (4^e van 1996 en 1^e en 2^e van 1997). Stelt men vast, tegen het einde van het eerste semester van 1997, dat het voorlopig budget wordt overschreden dan worden er correcties toegepast op de forfaitaire tegemoetkomingen voor het 3^e trimester van 1997. De vier genoemde trimesters worden samengeteld, en vormen het definitief budget voor 1997.

Opdat het voorlopig budget zou kunnen worden vastgesteld doet verweerder beroep op de gegevens die hem worden meegedeeld in de vragenlijst van oktober (1997), zoals bedoeld in artikel 2, § 13 van het ministerieel besluit van 5 april 1995.

De vragenlijst van oktober heeft betrekking op de gegevens over de periode van 1 april tot 30 september (2^e en 3^e trimester) (art. 2, § 13, 3^e lid).

Deze gegevens worden gebruikt voor de berekening van de forfaitaire tegemoetkomingen voor de periode van 1 januari tot 30 juni van het jaar daarop. Bijvoorbeeld de gegevens van het tweede en derde trimester van 1996 worden aangewend om tot de berekening over te gaan van de forfaitaire tegemoetkomingen aan te rekenen voor het eerste en tweede trimester 1997.

De vragenlijst, alsook de berekening van de forfaitaire tegemoetkomingen op basis van een referentieperiode, werd reeds geïntroduceerd bij ministerieel besluit van 25 maart 1993, B.S. 31 maart 1993.

De stelling van eisende partij dat er een schending van de rechtszekerheid en/of gewekte verwachtingen is, strookt dan ook niet met de werkelijkheid.

Immers reeds in het referentiejaar 1992 werd er rekening gehouden met de referentieperiodes die zich situeren in het verleden om tot de berekening van de forfaitaire tegemoetkomingen over te gaan voor de daarop volgende periode. Meer, voor de berekening van de forfaitaire tegemoetkomingen voor de periode van 1 januari tot 30 juni wordt dezelfde referentieperiode gehanteerd als voor de berekening van het voorlopig budget (2^e en 3^e trimester van het voorgaande jaar).

3. Volledigheidshalve dient hieraan toegevoegd dat de onmiddellijke werking van een rechtsregel toegelaten is.

Het is het gewone gevolg van elke rechtsregel dat hij geacht wordt in beginsel van onmiddellijke toepassing te zijn, niet alleen op feiten die zich voordoen na het inwerkingtreden van de nieuwe rechtsregel maar ook op na die inwerkingtreding ontstane rechtsgevolgen van voordien voorgevallen feiten. (Popelier P., rechtszekerheid als beginsel voor behoorlijke regelgeving, Antwerpen 1997, 9 299 - zie ook Cass. 12.01.1998, R.W. 1998-1999, blz. 818).

Wat de voorwaarden van een subsidiestelsel, in casu het tegemoetkomingsstelsel voor rustoorden, betreft, kunnen de gegadigden weliswaar het vertrouwensbeginsel niet inroepen om de handhaving ervan te eisen, en kan de wetgever in de uitoefening van zijn discretionaire bevoegdheid dat stelsel voor de toekomst wijzigen.

Dit neemt niet weg dat in casu het betrokken rustoord, rekening houdend met het te verwachten budget voor 1997, bepaalde verbintenissen op zich genomen heeft, bijvoorbeeld personeelsleden aangeworven of in dienst gehouden. In het licht van die gegevens moet worden overgegaan tot de afweging van een algemeen budgettair belang en de belangen van de betrokkenen. Indien verkregen rechten, of rechtmatige verwachtingen worden aangetast, mag die aantasting niet onevenredig zijn met het doel dat met de ontworpen regeling wordt nagestreefd.

Eenzijds toont eisende partij niet aan dat er een onevenredige aantasting is van haar persoonlijke belangen, in verhouding tot het doel van de ontworpen regeling, met name een enveloppering van de uitgaven in de sector rustoorden, welke werd ingegeven door de bekommernis van het onverantwoord stijgen van de uitgaven in de gezondheidssector, en dit in het algemeen belang van iedere ingezetene.

Eisende partij toont anderzijds in casu geen enkele concrete weerslag van de ontworpen regeling op haar rechtmatige verwachtingen aan, en houdt het bij algemene beschouwingen, zonder nadere specificatie. Overigens is het zo dat eisende partij, benevens de haar toegekende budgetten, tevens beschikt over de (normaal gezien vrij belangrijke) persoonlijke tussenkomsten van de bejaarden zelf, om in haar uitgaven te kunnen voldoen. Door de toename van het aantal bejaarden zijn deze tussenkomsten uiteraard hoger dan voorheen, en kunnen zij mede aangewend worden voor de meerkosten ingevolge de uitbreiding van haar rustoord. Daarenboven kan de concrete weerslag van de ontworpen regeling enkel zeer tijdelijk zijn en met name enkel een invloed hebben, op het eerste jaar van de uitbreiding van de bezetting, nu eisende partij zelf stelt dat, vanaf midden december 1996, de bezetting maximaal is (zie neergelegde curve door eisende partij).

Het doel van de ontworpen regeling ingevolge het Koninklijk besluit van 24 december 1996, namelijk het onverantwoord stijgen van de uitgaven in de gezondheidssector te beperken, houdt geen onevenredige aantasting in van de persoonlijke rechten en rechtmatige verwachtingen van eisende partij. Het Koninklijk besluit van 24 december 1996 kan evenmin beschouwd worden als een daad van onbehoorlijk bestuur.

4. In de mate dat burgers zich in gelijke omstandigheden bevinden dienen zij op voet van gelijkheid behandeld te worden. Inzake de toepassing van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet heeft het Arbitragehof zich ruimschoots laten inspireren door de Rechtspraak van het Europees Hof van de Rechten van de Mens betreffende artikel 14 van de Europese Conventie. Het Arbitragehof heeft namelijk geoordeeld in zijn arrest nr. 21/89, B, 4.5.b van 13 juli 1989 dat "De grondwettelijke regels van de gelijkheid der Belgen voor de wet en van de niet-discriminatie sluiten niet uit dat er een verschil in behandeling volgens bepaalde categorieën van personen zou worden ingesteld, voor zover het criterium van onderscheid een objectieve en redelijke verantwoording bestaat. Het bestaan van een dergelijke verantwoording moet worden beoordeeld met betrekking tot het doel en de gevolgen van de overwogen maatregel. Het gelijkheidsbeginsel is geschonden indien de aangewende middelen redelijkerwijze niet evenredig zijn met het beoogde doel. (zie M. Bossuyt, Het discriminatieverbod en positieve actie, R.W. 1998-1999, nr. 8, 24.10.1998, blz. 243).

“Nochtans is de behandeling van het gelijkheidsbeginsel geen eenvoudige klus, omdat het begrip positiefrechtelijk dient benaderd te worden, maar veel meer is dan een zuiver juridisch begrip, dat men gevoelsargumenten is beladen, afhankelijk is van de politieke leerstellingen, evolutief wordt geïnterpreteerd, waarbij de wetgevende macht een vooraanstaande rol speelt en moet spelen, en niet zelden afhankelijk is van een waardeoordeel”. (Ministerie van Justitie, Specifieke opleiding inzake prejudiciële vragen, F. Meersschaut, Het Gelijkheidsbeginsel, blz. 2 en 3).

“De begrippen gelijkheid en op gelijke wijze behandelen, kenmerk of essentie van de gerechtigheid, zijn ook moeilijk te vatten, en zijn doorgaans afhankelijk van een waardeoordeel van een keuzer”. (Velaers J., Van Arbitrage tot Grondwettelijk Hof, Maklu 1990, nr. 194, p. 167).

Eisende partij stelt dat het gelijkheidsbeginsel geschonden is, nu het systeem van voorlopige budgettering, waarbij een beperkte referteperiode wordt in aanmerking genomen, precies die rustoorden benadeelt (waaronder het hare), dewelke precies in die referteperiode (aangezien zij aan het uitbreiden zijn) een duidelijk lagere bezettingsgraad hebben dan in de nakomende (in het definitief budget in aanmerking genomen) trimesters.

In casu werden, in toepassing van het Koninklijk besluit van 24 december 1996, alle rustoorden op dezelfde wijze behandeld. Eisende partij beklaagt zich over een gelijke behandeling die niet verantwoord zou zijn, gelet op de bestaande objectieve verschillen, doch toont aan de hand van objectieve en relevante criteria niet aan dat haar situatie zodanig verschillend is van andere rustoorden, dat het gelijkheidsbeginsel geschonden is.

Het bij het Koninklijk besluit van 24 december 1996 nagestreefde doel, met name de uitgaven in de sector van de rustoorden te envelopperen teneinde overconsumptie te vermijden, is evenmin kennelijk onevenredig met het mogelijk beperkt persoonlijk nadeel, hetwelk eisende partij ondervindt als instelling in uitbreiding, welke deze uitbreiding reeds gedeeltelijk had gerealiseerd, en enkel in het eerste jaar van deze uitbreiding, een mogelijk nadeel kan ondervinden. Daarenboven mag niet uit het oog worden verloren dat eisende partij eveneens een persoonlijke bijdrage in de kosten ontvangt, vanwege de bejaarden van haar rustoord, welke bijdrage automatisch hoger wordt als het aantal bejaarden stijgt”.

Het Hof neemt deze oordeelkundige redengeving van de eerste rechters volledig over en maakt ze tot de zijne.

Er is geen sprake van een onwettigheid van het Koninklijk besluit van 24 december 1996.

Waar het RIZIV bij de door haar getroffen en door de N.V. gecontesteerde beslissing de bepalingen van dit Koninklijk besluit op concrete wijze heeft toegepast, kan enkel maar tot de rechtmatigheid van deze beslissing worden besloten.

6. Het Hof komt tot het besluit dat de bestreden RIZIV-beslissing rechtmatig en correct was.

De eerste rechters hebben terecht de bestreden beslissing bevestigd en hebben terecht de vordering van de N.V. ongegrond verklaard.

Het vonnis *a quo* wordt door het Hof bevestigd.

Het hoger beroep is ongegrond.

7. De bevestiging van het vonnis *a quo* slaat eveneens op de door de eerste rechters voor hun aanleg toegepaste uitspraak en vereffening van de gerechtskosten.

Voor onderhavige beroepsprocedure bij dit Hof geldt i.v.m. de gerechtskosten het navolgende.

De N.V. is geen gerechtigde of “sociaal verzekerde” in de zin van artikel 1017, lid 2-3 Ger. W., en het is dus niet de regeling van artikel 1017, lid 2, Ger. W., maar wel die van artikel 1017, lid 1, Ger. W. die van toepassing is.

In toepassing van artikel 1017, lid 1, Ger. W. wordt de N.V., zijnde de in het ongelijk gestelde partij, tot de gerechtskosten veroordeeld.

De N.V. betrachtte met haar vordering een bedrag van 9 629 772 BEF te zien toekennen, daar waar de RIZIV-beslissing in een bedrag van 8 781 564 BEF voorzag. Het verschil tussen deze twee bedragen; zijnde het bedrag dat de N.V. aldus bijkomend wenste te bekomen, bedraagt 848 208 BEF, hetzij 21 026,53 EUR.

Er is hier sprake van een op die wijze in geld waardeerbare vordering.

Overeenkomstig artikel 2 van het Koninklijk besluit van 26 oktober 2007 tot vaststelling van het tarief van de rechtsplegingsvergoeding bedoeld in artikel 1022 van het Ger. W. (B.S. van 09.11.2007) en rekening houdend met het hiervoren vermelde bedrag van de in geld waardeerbare vordering (21 026,53 EUR), vereffent het Hof het bedrag aan rechtsplegingsvergoeding voor onderhavige beroepsprocedure bij dit hof op het basistarief voor vorderingen van 20 000,00 tot 40 000 EUR, zijnde 2 200 EUR (geïndexeerd bedrag).

...

4^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Médecine générale

Fonds d'impulsion - Impulseo I, II et III¹

Question n° 5-2287 posée le 6 mai 2011 à Madame la Vice-première ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale par Monsieur le Sénateur ANCIAUX²

Pour répondre au manque criant de médecins généralistes, la Santé publique a lancé successivement les Fonds d'impulsion Impulseo I, II et III. Ces fonds visent tout à fait explicitement à soutenir financièrement les pratiques de médecine générale au moyen de prêts sans intérêt, d'un accompagnement gratuit, d'une intervention dans les coûts salariaux du personnel de soutien, lié au dossier médical global (DMG). Ces fonds avantagent à la fois les généralistes qui travaillent en groupe et ceux qui travaillent seuls (depuis Impulseo III).

Je souhaiterais obtenir une réponse aux questions suivantes.

- 1) Quelles sont les visées concrètes des programmes Impulseo ? En quels objectifs quantitatifs ces visées ont-elles été traduites ? Dans quelle mesure le nombre de généralistes doit-il augmenter pour que ces programmes soient considérés comme une réussite ?
- 2) Dans quelle mesure l'application de ces programmes a-t-elle déjà donné les effets espérés ? Quels sont les volets de ces programmes qui ont réussi ? Quels sont ceux qui semblent inefficaces ou trop peu efficaces ? Pourquoi la Ministre tire-t-elle ces conclusions ?
- 3) Le programme Impulseo III est-il opérationnel et quel succès remporte-t-il ?
- 4) Dans quelle mesure les programmes Impulseo ont-ils entraîné une surcharge administrative pour les généralistes ? Ces charges mettent-elles en péril les effets positifs des programmes ?
- 5) Les primes liées à l'aide Impulseo sont déductibles fiscalement. Quel montant net le généraliste conserve-t-il de ces primes ?

Réponse

En ce qui concerne les objectifs assignés au Fonds d'impulsion de la médecine générale, l'article 36^{duodécies} de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 inséré par la loi-programme du 24 juillet 2008 devrait apporter un éclairage suffisant :

“Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, créer un Fonds d'impulsion pour la médecine générale, destiné au financement de mesures visant à soutenir la médecine générale, qui ont pour but de stimuler les médecins généralistes à exercer ou à continuer d'exercer une activité de médecine générale. Les mesures peuvent tenir compte de caractéristiques objectives spécifiques des médecins généralistes mêmes d'une part et de leur pratique et des caractéristiques locales de la médecine générale d'autre part et elles peuvent entre autres concerner les frais d'installation d'un médecin généraliste et les activités ne concernant pas les soins nécessaires pour la gestion de la pratique.”

1. Voir supra C. E. n° 214.501, 07.07.2011, p. 322

2. Sénat, session ordinaire 2010-2011.

Cette base légale s'est substituée à celle prévue initialement qui prévoyait de financer des nouvelles installations, de soutenir la création de réseaux de médecins généralistes, de soutenir la pratique en duo et de soutenir l'installation groupée de médecins.

Des résultats obtenus, on peut mettre en avant pour Impulseo I (aides à l'installation) les données suivantes pour des dossiers introduits auprès du Fonds de participation depuis le lancement de ce *package* en octobre 2006.

- Nombre de primes : 2006 : 46 / 2007 : 84 / 2008 : 72 / 2009 : 73 / 2010 : 68 soit un total de 343 dossiers
- Nombre de prêts : 2006 : 36 / 2007 : 121 / 2008 : 113 / 2009 : 85 / 2010 : 112 soit un total de 467 dossiers

Sachant qu'en outre pour cette même période, 139 médecins ont aussi sollicité le prêt complémentaire proposé par le Fonds de Participation, c'est finalement 949 demandes qui sont intervenues. Sur un total de 931 demandes déjà traitées, 908 ont été approuvées pour un montant global de 16 735 597,65 EUR.

Pour Impulseo II (soutien financier pour aides administratives à la pratique) on peut distinguer :

- 331 dossiers introduits pour 304 approuvés pour les coûts salariaux relatifs à 2007 pour un montant total déjà payé de 2 991 968,24 EUR
- 424 dossiers introduits pour 398 approuvés pour les coûts salariaux de 2008 , pour un montant déjà payé de 4 026 875,06 EUR
- 519 dossiers introduits pour 497 approuvés pour les coûts salariaux de 2009 pour un montant déjà payé de 5 680 469,30 EUR.

La tendance pour le volet 1 est relativement stable, le nombre de demandes pour le volet II est en constante augmentation.

Pour ce qui concerne Impulseo III, qui comprend à la fois une extension de la possibilité d'octroi du soutien financier pour aides à la pratique au profit d'un médecin exerçant seul et la possibilité d'octroi d'un soutien financier pour le recours aux services d'un télésecrétariat médical tant par un médecin solo que par un médecin pratiquant en groupe, ce dossier est en préparation pour une présentation lors d'un prochain Conseil des ministres.

Il n'a à aucun moment été estimé de la part des acteurs sur le terrain que les charges administratives découlant de la nécessité d'introduire une demande auprès du Fonds de participation étaient de nature à freiner le recours à ces aides, d'autant qu'il est proposé à chaque médecin qui le souhaite de se faire aider gratuitement dans sa démarche par les structures d'appui agréées par ce même Fonds.

Enfin, pour ce qui est du traitement fiscal des aides obtenues, je ne puis que confirmer que les primes sont des revenus imposables et doivent donc être déclarées sans être toutefois en mesure de me prononcer sur le bénéfice réel net des aides perçues après imposition.

II. Informatisation des soins de santé

Carte SIS - Remplacement par la carte d'identité électronique

Question n° 396 posée le 13 mai 2011 à Madame la Vice-première ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale par Monsieur le Représentant DUCARME¹

L'INAMI a annoncé le 28 juin 2010 de développer des projets qui tendent à moderniser et/ou informatiser certaines procédures, afin notamment d'améliorer les prestations et de diminuer les erreurs. La carte SIS devrait disparaître progressivement à partir de 2013, "victime" de la modernisation croissante des procédures administratives dans le secteur des soins de santé. Parmi ces projets, CareNet a pour objectif de simplifier les relations financières et administratives entre les hôpitaux et les organismes assureurs.

À l'heure actuelle, le système a permis la suppression de 40 % des factures papier pour les 190 hôpitaux affiliés. L'étape suivante, baptisée "*My CareNet*", s'attaque cette fois aux relations entre les organismes assureurs et les prestataires individuels du secteur des soins de santé. "Ce projet permettra une attribution plus rapide des droits aux patients" et conduira, à terme à la disparition de la carte SIS. "Dès 2011, certaines pharmacies testeront déjà le système sans carte", a précisé Benoît Collin, administrateur général adjoint de l'INAMI.

Enfin, les années à venir verront également le développement des prescriptions électroniques dans le secteur des soins ambulatoires, une "simplification concrète, conviviale et sécurisée qui permettra aux médecins de recevoir un feed-back", a encore souligné l'INAMI.

1. Quelles seront les économies réalisées avec l'informatisation progressive des prescriptions médicales et des procédures administratives dans le domaine des soins de santé ?
2. (...)
3. La carte SIS devrait progressivement disparaître en 2013. Par quel système sera-t-elle remplacée et comment sera-t-elle remplacée au sein de la population ?

Réponse

1. En réponse à votre question, je tiens à vous communiquer que l'informatisation dans le secteur des soins de santé a pour objectif tant une amélioration de la prestation de soins qu'une réduction des charges administratives et financières. Étant donné qu'un nombre important de projets d'informatisation se trouvent encore actuellement dans une phase de développement, comme les prescriptions électroniques ambulatoires, il n'est pour l'instant pas possible de communiquer des chiffres concrets concernant les conséquences financières.
2. (...)

1. Bulletin n° 036, Chambre, session ordinaire 2010-2011, p. 14.

3. En ce qui concerne votre question relative à la disparition de la carte SIS, je peux vous communiquer que la carte SIS sera remplacée progressivement par la carte d'identité électronique. Le prestataire de soins utilisera en effet la carte d'identité électronique de son patient, d'une part, pour obtenir ses données d'identification et, d'autre part, pour consulter en ligne ses données administratives d'assurance soins de santé auprès des organismes assureurs.

Par carte d'identité électronique, on entend à l'heure actuelle les différentes cartes électroniques qui sont distribuées par les pouvoirs publics belges en vue de l'identification, telles l'eID (la carte d'identité électronique classique), la Kids-ID (la carte d'identité électronique des enfants de moins de 12 ans), la carte électronique délivrée aux ressortissants (non belges) de l'Union européenne qui séjournent en Belgique et le titre de séjour électronique délivré aux ressortissants de pays hors Union européenne qui séjournent en Belgique.

S'il y a des patients qui ne satisfont pas aux conditions d'octroi d'une telle carte d'identité électronique actuelle, il faudrait alors leur délivrer un nouveau type de carte d'identité électronique.

La Banque-Carrefour de la Sécurité sociale, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et les organismes assureurs travaillent actuellement à ce projet. Le plan d'action qui est mis en oeuvre pour ce faire comprend plusieurs composants qui doivent être mis en oeuvre de manière intégrée. Les composants suivants sont par exemple en cours de développement :

- La disponibilité auprès de tous les organismes assureurs d'une application permettant aux prestataires de soins de consulter en ligne le statut du patient en matière d'assurance soins de santé, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7
- L'intégration de cette application de consultation dans les logiciels de gestion des prestataires de soins qui appliquent le régime du tiers payant (principalement les pharmacies et les hôpitaux)
- L'évolution des appareils de lecture de cartes SIS vers des appareils de lecture pouvant lire (aussi) des cartes d'identité électroniques
- La mise au point d'un nouveau système d'identification certaine pour les patients qui ne disposent pas d'une carte d'identité électronique (par ex. les travailleurs frontaliers).

Dans l'état actuel du projet, il est prévu que, dans le courant de 2012, les pharmaciens et le cas échéant, les médecins équipés des interfaces nécessaires pourront consulter les données en matière d'assurance soins de santé sur base de l'utilisation de la carte d'identité électronique des patients ou, le cas échéant, de leurs vignettes mutuellistes. Les premiers tests informatiques sont d'ailleurs en préparation à ce jour.

Par mesure de prudence et pour permettre une application progressive du projet dans le chef des prestataires de soins concernés et des patients, les organismes assureurs et le fournisseur des cartes SIS ont convenu que celles-ci pourront continuer à être distribuées jusqu'au moins fin 2013.

Si les différents partenaires participant au projet peuvent maintenir le planning actuel, le système actuel basé sur la carte SIS et le système futur basé sur la carte d'identité électronique du patient combiné à l'accès en ligne aux données d'assurance soins de santé coexisteront jusque fin 2013. Les patients qui, à l'avenir, devront utiliser leur carte d'identité électronique et les prestataires de soins qui devront adapter leur logiciel de gestion disposeront ainsi du temps nécessaire pour muter vers le nouveau système.

III. Publicité pour les services médicaux

Réglementation

Question n° 409 posée le 13 mai 2011 à Madame la Vice-première ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale par madame la représentante DE BONT¹

Le site populaire de bons de réduction "Groupon" a proposé début avril 2011 une offre dans le cadre de laquelle l'internaute pouvait commander un traitement oculaire au laser "à -50 %, en cas de décision dans les 24 heures". La clinique "Laser Company", auteur de l'offre, est toutefois située aux Pays-Bas. La société Groupon travaille "pour l'instant" avec des cliniques néerlandaises parce qu'elle "n'a pas encore la certitude que les cliniques belges soient légalement autorisées à faire de la publicité." Il ne s'agit en effet pas ici d'une simple annonce pour un service existant mais indéniablement de publicité et selon moi, la publicité relative à des services médicaux est toujours interdite.

1. Avez-vous l'intention d'assouplir la législation sur la publicité dans le secteur médical ?
2. a) Existe-t-il des projets concrets pour adapter cette législation aux possibilités offertes par la technologie moderne et la communication internet ?
b) Dans quel sens la législation pourrait/devrait-elle être adaptée ?
3. À quelles conditions peut-on aujourd'hui utiliser l'internet, des sites web, des portails, etc. pour faire connaître ses services en tant que médecin/dentiste au public ?
4. Ces conditions et dispositions légales sont-elles les mêmes pour les cliniques ?
5. Sont-elles les mêmes pour les cliniques à l'étranger ?
6. Comment peut-on intervenir contre des publicités illicites faites par des médecins/cliniques à l'étranger ou contre les instances qui diffusent ces publicités ?

Réponse

La règle est que la publicité sur les services médicaux ne peut être qu'informatrice. Ce principe général est confirmé dans diverses législations, comme la loi du 2 août 2002 relative à la publicité trompeuse et à la publicité comparative, aux clauses abusives et aux contrats à distance en ce qui concerne les professions libérales et la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Chaque médecin, inscrit sur la liste de l'ordre des médecins doit en outre respecter le Code de déontologie médicale, lequel est plus restrictif : outre la publicité trompeuse, sont également interdites la publicité comparative et la publicité racoleuse. La publicité ne peut nuire à l'intérêt général en matière de santé publique et doit être conforme à la vérité, objective, pertinente, vérifiable, discrète et claire.

Pour les dentistes en particuliers, la publicité pour la dentisterie en particulier est réglée par la loi du 15 avril 1958 concernant la publicité sur les soins dentaires et par l'arrêté royal du 1^{er} juin 1934 portant règlement sur l'exercice de la dentisterie qui comprennent le même principe général.

1. Bulletin n° 036, Chambre, session ordinaire 2010-2011, p. 22.

Il n'y a, à ma connaissance, pas d'intention au sein du Parlement d'assouplir la législation sur la publicité pour les professions médicales. Vous savez ainsi que la Chambre a récemment adopté le projet de loi interdisant la publicité et réglementant l'information relatives aux actes d'esthétique médicale. Si celle-ci ne concerne que la publicité faite par les médecins à propos d'actes d'esthétique médicale, c'est-à-dire des actes qui ne présente aucun caractère thérapeutique ou reconstructeur, l'information qui peut être communiquée dans ce cadre est clairement définie et limitée.

En ce qui concerne la communication via internet, la publicité, la loi du 2 août 2002 précitée définit la publicité comme : "toute forme de communication faite dans le cadre d'une profession libérale dans le but direct ou indirect de promouvoir la fourniture de biens ou de services, y compris les biens immeubles, les droits et les obligations, et à l'exclusion des communications prescrites par la loi." Cette définition suffisamment large pour inclure un support comme internet.

Tout comme les autres types de communication, la communication par internet ne peut avoir qu'une finalité informative. Le Conseil national demande également que chaque site qui comprend des informations sur un médecin soit signalé au conseil provincial de l'ordre des médecins. Les informations qui peuvent être publiées selon l'avis du Conseil national du 1^{er} octobre 2005 sont : les nom et prénom, titres professionnels et légaux, spécialité exercée selon les recommandations du Conseil national, mentions destinées à faciliter la relation patient-médecin; photo avec des dimensions raisonnables; adresse et possibilités d'accès; numéro de téléphone, fax et adresse mail.

Pour les hôpitaux agréés, il est expressément interdit de faire de la publicité. Pour les cliniques privées, comme il n'existe aucune norme spécifique, il n'y a pas d'interdiction sur la publicité. Mais le médecin belge qui travaille dans une clinique privée continue, à titre individuel, à être soumis à l'interdiction de publicité qui le concerne.

Par ailleurs, la réglementation générale sur la publicité pour des services médicaux, telle que précisée dans la loi du 14 juillet 1994 (loi AMI) s'applique tant aux prestataires de soins qu'à toute autre personne physique ou morale, qui est responsable ou coresponsable de la gestion de l'établissement où les prestations sont dispensées. La loi AMI ne s'applique cependant pas aux cliniques privées où aucun soin remboursable n'est fourni.

Par rapport à la chirurgie cosmétique, toutes les formes et méthodes de publicité sont interdites en France. Au Royaume Uni, aux Pays-Bas et en Allemagne, les règles relatives à la publicité sur la chirurgie cosmétique sont moins strictes.

Une infraction à une des dispositions de la loi du 2 août 2002 est punie par cette même loi; de ce fait, le juge, peut, via une action en cessation, interdire la publication. Le critère de rattachement est, selon le principe de territorialité, le pays où la personne se trouve où le traitement est effectué. L'Ordre des médecins n'est quant à lui compétent que s'il s'agit de médecins qui sont habilités légalement à exercer des soins sur le territoire belge.

Enfin, le projet de loi² interdisant la publicité et réglementant l'information relatives aux actes d'esthétique médicale prévoit une peine d'emprisonnement de huit jours à un mois et une amende de 250 EUR à 10 000 EUR ou une de ces peines seulement, pour celui qui commet une infraction visée à l'article 3, qui est la disposition qui énonce les conditions auxquelles la publicité visée par ce projet doit répondre. En outre, le tribunal peut ordonner la publication du jugement ou de son résumé aux frais du contrevenant par la voie de trois journaux et de toute autre manière. Une amende administrative peut également être infligée au contrevenant.

2. Loi du 6 juillet 2011 interdisant la publicité et réglementant l'information relatives aux actes d'esthétique médicale, M.B. 05.08.2011, p. 44538.

IV. Lutte contre la fraude

Mesures

Question n° 1 posée le 6 août 2010 au secrétaire d'État à la coordination de la Lutte contre la fraude, adjoint au Premier ministre, et secrétaire d'État, adjoint au Ministre de la Justice par Monsieur le Représentant DUCARME¹

Selon "*De Tijd*", le 23 juillet 2010, la lutte contre le travail au noir, la non perception de contributions sociales, les fraudes aux indemnités de chômage et d'autres formes de fraude sociale a rapporté en un an 300 millions d'EUR au Trésor public. "C'est la première fois que nous calculons combien nos services d'inspection sociale peuvent, ensemble, effectivement percevoir auprès des fraudeurs", avez-vous expliqué au quotidien.

1. a) Les contrôles seront-ils intensifiés en 2011 ?
b) Si oui, de quelle manière ?
2. Quels sont les moyens et les mesures qu'envisage de prendre le gouvernement pour renforcer les contrôles, notamment en matière de croisement de fichiers informatiques ou d'une meilleure informatisation des soins de santé ?
3. Vous avez plaidé pour la création d'une cellule d'enquête conjointe, composée d'inspecteurs sociaux et de policiers.

Envisagez-vous de mettre en place cette structure en 2011 ?

Réponse

1) En réponse à votre première question, je peux vous faire savoir que le Conseil des ministres a approuvé récemment le Plan stratégique 2011 du Service d'Information et de Recherche Sociale.

Le plan du SIRS reprend, pour l'année 2011, l'effort que les services d'inspection sociale fourniront en matière de lutte contre la fraude sociale et notamment contre un de ses aspects les plus visibles, le travail illégal. Ce plan fait partie intégrante des plans d'action du Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale, que je préside personnellement.

Ce plan recherche une efficacité réelle dans la lutte contre la fraude sociale, entre autres par une action professionnelle et orientée vers les résultats, en collaboration avec les auditorats du travail.

Vu le nombre limité d'inspecteurs sociaux et de jours de contrôle des cellules d'arrondissement (deux par mois en moyenne), le SIRS recherche une approche à la fois pragmatique et ciblée en matière de lutte contre la fraude sociale.

1. Bulletin n° 039, Chambre, session ordinaire 2010-2011, p. 225.

C'est ainsi qu'au sein du SIRS on cherche à améliorer en permanence la qualité des contrôles pour atteindre un degré plus élevé d'efficacité et d'effectivité dans les services d'inspection en privilégiant trois axes :

- la généralisation et l'optimisation des méthodologies de travail
- la mise en oeuvre d'une stratégie intégrée
- la priorité à l'échange de renseignements.

En ce qui concerne la généralisation et l'optimisation des méthodologies de travail, les mesures suivantes ont été prises :

- l'utilisation d'une méthodologie adéquate lors de la détermination du groupe cible, de la préparation, de l'exécution, du débriefing et du suivi donné aux actions de contrôle (à cet effet, des formulaires et instructions communs ont été développés)
- l'identification des besoins en formation des contrôleurs et inspecteurs (c'est ainsi que des formations sont régulièrement organisées au sein des cellules d'arrondissement, par exemple sur l'e-PV ou sur le nouveau code de droit pénal social)
- l'optimisation des instruments existants pour la détermination du groupe cible et pour la détection de la fraude sociale existante (à savoir le datamining OASIS)
- la promotion du développement et de l'utilisation de bases de données pour développer le datamatching au maximum (celui-ci est en plein essor auprès d'institutions telles que l'ONSS, l'ONEm et l'INAMI).

En ce qui concerne la mise en oeuvre d'une stratégie intégrée, le Comité de direction du SIRS veille à ce que les priorités gouvernementales se déclinent dans la stratégie de chaque service et du SIRS, chacun devant développer, en interaction, sa propre stratégie et ses propres priorités en évitant les doublons et en recherchant la convergence.

En ce qui concerne le développement de la communication, les actions suivantes ont été entreprises :

- formalisation et structuration de l'échange de données et du partage d'informations :
 - entre les services d'inspection sociale
 - entre les services d'inspection sociale et les autres services impliqués dans la lutte contre la fraude sociale ou détenteurs d'informations en la matière, comme les organisations syndicales et patronales
 - entre les services d'inspection sociale et le SIRS
 - entre les cellules d'arrondissement et le SIRS
 - entre les cellules d'arrondissement
- information régulière des cellules d'arrondissement quant à la réalisation du plan d'action du SIRS (au moyen d'un rapportage statistique trimestriel, qui est effectuable en temps réel depuis 2011).

Par ailleurs, il a été demandé aux cellules d'arrondissement de donner la priorité à la qualité des contrôles en les ciblant sur des secteurs d'activités dans lesquels la fraude est importante (comme la construction, l'horeca, l'industrie alimentaire, le nettoyage) et en mettant l'accent sur la constatation d'infractions plutôt que sur le nombre de contrôles, même si un nombre minimum a été fixé par cellule d'arrondissement et pour des secteurs d'activité précis.

Enfin, au cours de l'an dernier, comparativement à l'année précédente, les services d'inspection sociale :

- ont effectué plus de contrôles (12 830 ou 16 % de plus)
- ont contrôlé plus de personnes (36 933 ou 3 % de plus)
- ont constaté plus d'infractions (8 130 ou 18 % de plus).

Les infractions relatives au travail au noir (7 017) augmentèrent même de 27 %.

- Ont contrôlé de manière plus efficace : le nombre de contrôles positifs est passé de 26 à 30 % (3 860 contrôles sur 12 830).

2) En ce qui concerne la 2^e question, je peux vous faire savoir que, depuis mon entrée en fonction, j'ai beaucoup misé sur la mise en place d'un échange de données structuré. Le croisement et l'enrichissement des données est le pilier par excellence de ma politique.

Ce n'est qu'en rassemblant l'information provenant de différents domaines (information juridique, d'économie d'entreprise, fiscale, sociale et financière) que l'on peut trouver une réponse adéquate aux phénomènes de fraude. Pour donner un exemple, c'est ainsi qu'il est très important que les inspections fiscales et sociales échangent plus de données. Car, là où il y a de la fraude fiscale, on trouve souvent aussi de la fraude sociale et vice versa.

L'échange de données est une condition fondamentale pour la lutte contre la fraude sous toutes ses formes. Avec la Banque-carrefour de la sécurité sociale, la sécurité sociale dispose entre-temps d'un système d'échange de données performant.

Grâce à l'échange électronique de données, les techniques de datamining et les analyses de risques peuvent être utilisées pour détecter les cas de fraude potentiels. Pour réaliser cet échange de données en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée, il s'indique de partir du principe de "l'intégration des services" au lieu de celui de "l'intégration des données". Cela signifie qu'on ne stocke pas les mêmes données en différents endroits mais que chaque service public offre, pour les données qu'il gère, des services électroniques que d'autres services publics peuvent utiliser dans le cadre de transactions déterminées (moyennant les autorisations nécessaires du comité sectoriel compétent).

Dans le cadre de la lutte contre la fraude, les institutions de sécurité sociale coopèrent depuis pas mal de temps déjà en croisant différentes banques de données. Ainsi, par exemple, les banques de données de l'ONEm sont croisées avec la banque de données Dimona de l'ONSS, avec la banque de données de l'INASTI, avec les banques de données de l'INAMI, avec les banques de données de l'ONP. Depuis 2009, on est passé à un deuxième stade, à savoir l'action préventive en consultant la banque de données Dimona avant la liquidation d'allocations. C'est la manière la plus efficace d'éviter les cumuls non autorisés.

Parallèlement à toutes ces initiatives existant déjà en matière de croisement unilatéral et bilatéral de banques de données, on veut encore renforcer le datamining avec une approche plus intégrée de toutes les institutions de sécurité sociale concernées (y compris l'INAMI). C'est pour cette raison qu'un projet "datamining BCSS de l'assuré social" a été mis sur pied pour détecter les profils à risques qui peuvent donner lieu à des enquêtes ciblées lors des recherches d'abus potentiels.

Les activités de ce groupe de travail progressent. L'analyse des besoins n'est pas encore terminée. Il s'agit d'un travail d'ampleur, associant de nombreuses instances, qui implique, après l'analyse des besoins, encore une analyse technique, de la programmation, de l'implémentation, des tests, etc. On ne peut pas escompter des résultats concrets à cet égard à court terme.

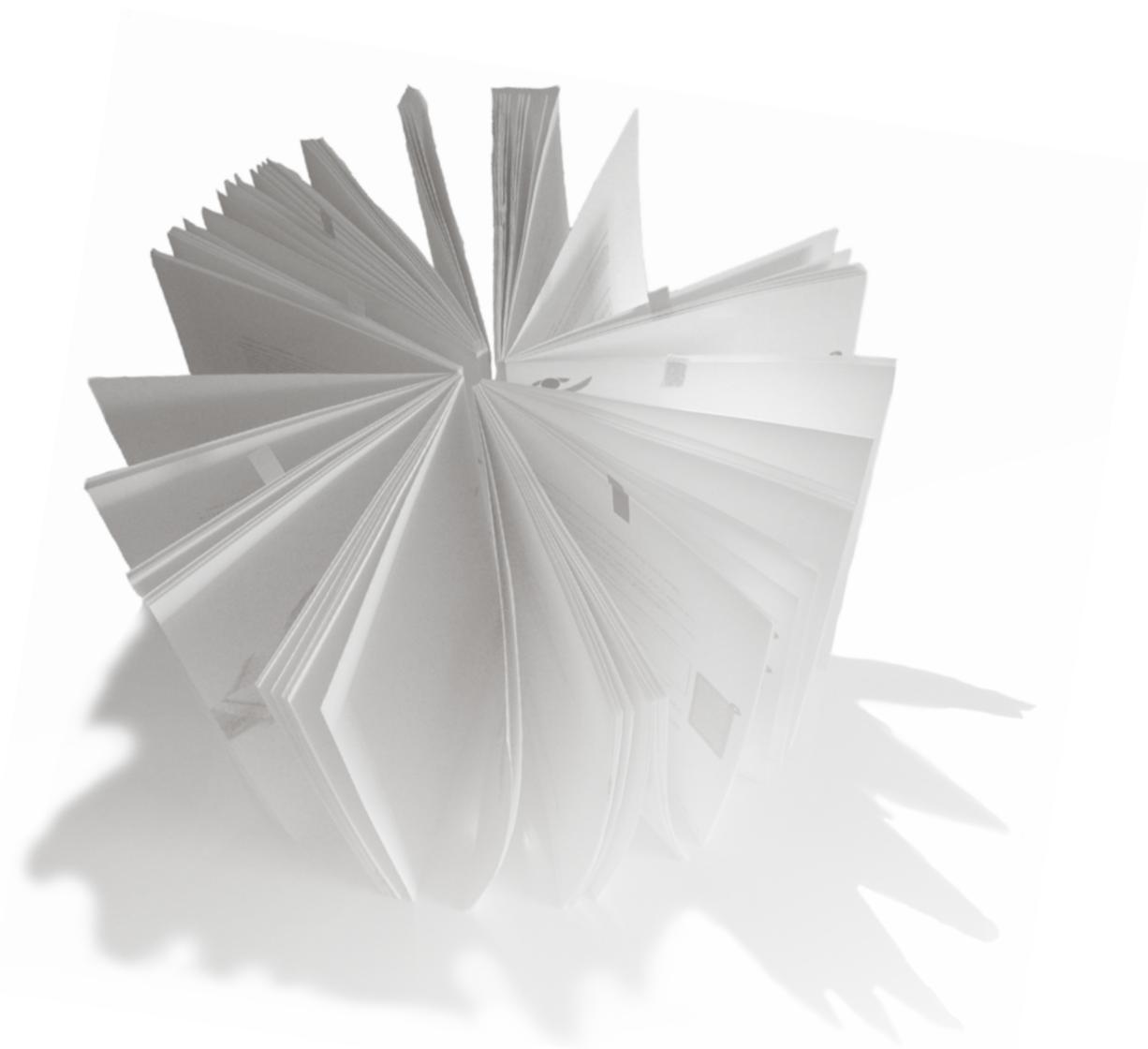
En ce qui concerne l'échange de données fiscales, le gouvernement a décidé, lors de l'élaboration du budget 2010-2011, que tous les services au sein du SPF Finances peuvent s'échanger toutes les données nécessaires aux contrôles. Ce principe a été ancré dans la loi-programme du 23 décembre 2009.

Il s'agit d'une avancée importante. Mais, avant que l'échange de données au sein des Finances puisse effectivement démarrer, il faut encore une loi sur le traitement des données à caractère individuel par les Finances. Cette loi doit faire en sorte que l'échange de données se déroule dans le respect des règles sur la protection de la vie privée. Le gouvernement sortant avait terminé la rédaction d'un projet de loi spécifique sur la protection de la vie privée pour les Finances. Il est très important qu'un prochain gouvernement fasse une priorité de cette législation.

3) En ce qui concerne votre troisième question, je peux vous faire savoir que la cellule mixte de soutien pour la lutte contre la fraude sociale grave et organisée a été installée au début de cette année. Au sein de cette cellule, la police, la justice et les services d'inspection sociale coopèrent de manière coordonnée et structurée pour la détection de la grande fraude sociale à un stade précoce, donc avant que cette fraude ait eu le temps de prendre de l'ampleur et de prospérer.

5^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Procédure de régularisation en cas de reprise de travail non autorisée exercé par un titulaire reconnu en incapacité de travail

L'arrêté royal du 27 juillet 2011, publié au Moniteur belge du 24 août 2011, a modifié l'article 23^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

L'article 23^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 prévoit une procédure de régularisation de la situation d'un titulaire indépendant qui a repris une activité non autorisée dans une période d'incapacité de travail ou qui n'a pas respecté les conditions d'autorisation (en vue du maintien de ses droits sociaux). La régularisation comprend tant un volet médical qu'un volet administratif.

1. La raison d'être de la modification

Un des objectifs de la politique du gouvernement est *d'intensifier la lutte contre la fraude sociale*. Dans ce contexte, il a été décidé de *réorganiser les services de contrôle de l'INAMI* de sorte qu'un même service, à savoir le Service du contrôle administratif de l'INAMI, se charge de détecter les cas de cumuls d'indemnités non autorisés avec l'exercice d'une activité, de constater les montants payés indument par les mutualités et de prononcer des sanctions contre les assurés.

Le Service du contrôle social (qui faisait autrefois partie du Service d'évaluation et de contrôle médicaux), composé des contrôleurs sociaux chargés de lutter contre le travail au noir et de détecter les titulaires reconnus en incapacité de travail qui ont repris une activité non autorisée, a, pour ce faire, été intégré dans le Service du contrôle administratif.

Le fait qu'un seul Service soit désormais chargé de détecter et de traiter les dossiers de fraude sociale contribue à l'efficacité du traitement de ces dossiers.

Cette réorganisation s'accompagnait en outre d'une simplification de la procédure de régularisation pour toute reprise de travail non autorisée dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés (modification de l'art. 101 de la loi coordonnée du 14.07.1994 par la loi du 28.04.2010 portant des dispositions diverses, M.B. du 10.05.2010).

L'arrêté royal du 27 juillet 2011 a apporté une modification similaire à la procédure de régularisation de toute reprise de travail non autorisée dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants.

2. Explication concernant la procédure de régularisation “modifiée” en cas de reprise de travail non autorisée

Lorsqu'il est constaté qu'un titulaire indépendant a repris une activité non autorisée pendant une période d'incapacité de travail ou qu'il n'a pas respecté les conditions d'autorisation, il y a lieu de régulariser sa situation tant sur le plan médical que sur le plan administratif (pour autant qu'il s'agisse d'une activité relevant du champ d'application de l'art. 23^{ter}, comme expliqué sous le pt 3).

2.1. Régularisation sur le plan médical

2.1.1. PAS DE RÉGULARISATION MÉDICALE POUR LA PÉRIODE DE TRAVAIL NON AUTORISÉE

Depuis l'instauration de la procédure de régularisation le 17 décembre 2000 (par analogie avec la procédure qui est déjà appliquée depuis le 27.12.1991 dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés et qui figure à l'art. 101 de la loi SSI), il fallait non seulement évaluer l'incapacité de travail future du titulaire qui avait repris une activité non autorisée mais aussi régulariser sa situation sur le plan médical pour la période d'activité non autorisée écoulée. Il fallait plus particulièrement examiner si l'intéressé avait encore conservé, durant la période précitée, une incapacité d'au moins 50 % sur le plan médical, ce qui compliquait les choses étant donné qu'il s'agissait souvent d'une période éloignée dans le passé.

La modification de l'article 23^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 vise à supprimer la régularisation médicale pour la période écoulée de travail non autorisé. Le titulaire reconnu en incapacité de travail qui a exercé une activité non autorisée ou qui n'a pas respecté les conditions d'autorisation doit néanmoins encore subir un *examen médical* mais qui porte uniquement sur l'évaluation de l'incapacité au moment de l'examen et après celui-ci.

L'article 23^{ter}, § 1^{er}, alinéa premier, stipule en effet que “le titulaire reconnu en incapacité de travail qui a exercé une activité sans l'autorisation préalable prévue aux articles 20bis, 23 et 23bis ou sans avoir respecté les conditions de l'autorisation, doit subir un examen médical afin de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité sont remplies à la date de l'examen”.

Il n'y a donc plus lieu de reconnaître l'incapacité de travail pour la période de travail non autorisée.

Cet examen médical devra, dans la pratique, être effectué par le médecin-conseil (le cas échéant, par le médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux).

Une évaluation de l'incapacité de travail sur la base de pièces médicales ne suffit pas.

L'assuré doit être convoqué à un examen corporel par le médecin-conseil.

Si l'intéressé ne répond pas à la convocation et ne se présente pas à l'examen précité sans raison valable, le paiement de ses indemnités devra être suspendu en application de l'article 24 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et ce, tant qu'il ne se sera pas à nouveau présenté à un contrôle médical.

2.1.2. INSTANCES COMPÉTENTES POUR L'ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ

Les instances médicales qui sont compétentes pour se prononcer sur l'incapacité n'ont pas changé.

Si le titulaire se trouve, au moment de l'examen médical, dans une période d'incapacité de travail primaire, c'est le médecin-conseil de l'organisme assureur qui est compétent pour se prononcer sur (l'éventuelle prolongation de) la reconnaissance de l'incapacité de travail. Il arrive aussi que le médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) doive se prononcer.

Si le titulaire se trouve, au moment de l'examen médical, *dans une période d'invalidité*, c'est au Conseil médical de l'invalidité (CMI) de prendre la décision médicale, sur proposition du médecin-conseil.

Le médecin-conseil et le médecin-inspecteur (lorsque celui-ci examine le titulaire à la demande du médecin-conseil) peuvent, au moment de l'examen, décider de mettre fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail ; par contre, s'ils estiment que le titulaire remplit encore toujours les conditions de reconnaissance relatives à l'état d'incapacité de travail, le médecin-conseil doit soumettre une proposition de reconnaissance au Conseil médical de l'invalidité. C'est alors le Conseil médical de l'invalidité qui décide finalement de l'éventuelle reconnaissance de l'incapacité de travail.

2.1.3. DÉLAI DANS LEQUEL IL Y A LIEU D'EFFECTUER L'EXAMEN MÉDICAL D'UNE PART, ET DE NOTIFIER UNE DÉCISION NÉGATIVE, D'AUTRE PART

Le délai dans lequel il y a lieu d'effectuer l'examen médical est fixé à *30 jours ouvrables*, à compter de la constatation, par l'organisme assureur, de l'activité non autorisée ou de sa communication à l'O.A. (cf. art. 23ter, § 1^{er}, al. 2, de l'A.R. du 20.07.1971).

La décision de fin de reconnaissance de l'incapacité de travail doit être communiquée dans *les mêmes délais que ceux actuellement en vigueur pour les décisions de fin d'incapacité de travail (incapacité primaire et invalidité)* (cf. art. 23ter, § 1^{er}, al. 3, de l'A.R. du 20.07.1971).

Ceci signifie que dans une période d'incapacité primaire, la décision de fin de reconnaissance de l'incapacité de travail est communiquée immédiatement après l'examen médical à l'assuré contre accusé de réception ou lui est immédiatement notifiée par lettre recommandée s'il refuse de signer l'accusé de réception (en application de l'art. 61 de l'A.R. du 20.07.1971).

Dans une période d'invalidité, la décision de fin d'incapacité de travail est notifiée dans les trois jours ouvrables suivant le jour de la décision (en application de l'art. 62 de l'A.R. du 20.07.1971 qui renvoie aux dispositions en matière de notification des décisions de fin d'incapacité de travail dans une période d'invalidité dans le cadre du régime général).

Le formulaire de notification existant peut être utilisé à cet effet.

2.1.4. CONSTATATION DE LA REPRISE D'UNE ACTIVITÉ NON AUTORISÉE

La détermination de la date à laquelle la reprise de travail non autorisée a été constatée pour le calcul du délai de trente jours ouvrables dans lequel l'examen médical doit être effectué varie en fonction de la manière dont la constatation a été faite.

La reprise d'une activité non autorisée peut être constatée de différentes manières :

- L'exercice d'une activité non autorisée peut, dans un premier temps, être *découverte par la mutualité même* : soit à la suite d'une déclaration spontanée du titulaire indépendant, soit lors du traitement d'une demande d'autorisation dans le cadre de l'article 20bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, soit par une autre voie administrative (par ex. mention de l'activité dans le rapport d'enquête de l'INASTI ou dans un autre formulaire).

Dans ce cas, le délai de 30 jours ouvrables commence à courir à partir de la date à laquelle la mutualité constate l'activité non autorisée. Si c'est le service administratif de la mutualité qui a fait la constatation, il en informe immédiatement le service du médecin-conseil.

- La constatation peut aussi être faite *sur la base d'enquêtes effectuées sur le terrain par des contrôleurs sociaux* qui détectent les cas de cumuls d'indemnités avec l'exercice d'une activité non autorisée (à la suite d'une éventuelle déclaration d'une tierce personne) :

le contrôleur social transmet une copie du procès-verbal de constat de l'infraction à la section juridique du Service du contrôle administratif qui effectue un contrôle de qualité et qui le transmet, à son tour, en deux exemplaires, à la mutualité. Un exemplaire est destiné au service administratif qui peut alors démarrer la procédure de récupération des prestations indues ; l'autre exemplaire est destiné au service du médecin-conseil qui est tenu de convoquer l'intéressé à un examen médical dans un délai de 30 jours ouvrables. C'est à compter de la date à laquelle le service juridique du Service du contrôle administratif notifie le procès-verbal précité à la mutualité que le délai de 30 jours ouvrables commence à courir.

- *Les services d'inspection sociale* peuvent également constater la reprise de travail non autorisée. Ceux-ci transmettent leur rapport sur l'infraction constatée au Service du contrôle administratif qui le transmet, à son tour, en deux exemplaires à la mutualité. Un exemplaire est destiné au service administratif qui peut alors démarrer la procédure de récupération des prestations indues ; l'autre exemplaire est destiné au service du médecin-conseil qui, comme nous l'avons déjà dit, est tenu de convoquer l'intéressé à un examen médical dans un délai de 30 jours ouvrables. C'est à partir de la date à laquelle le Service du contrôle administratif notifie le rapport précité à la mutualité que le délai de 30 jours ouvrables commence à courir.
- Enfin, il est possible de constater une reprise de travail non autorisée *en comparant les données qui figurent sur les documents de dépenses en matière d'invalidité (PI41) avec celles figurant sur les documents de cotisation des travailleurs indépendants (L410) (dans le but de contrôler si le titulaire indépendant invalide a exercé une activité non autorisée en tant que travailleur indépendant) et avec celles figurant sur la DMFA (dans le but de détecter les travailleurs indépendants invalides qui exercent une activité non autorisée en tant que salarié) (croisement de données effectué par le Service du contrôle administratif).*

La mutualité en est informée par le Service du contrôle administratif dans un délai de 30 jours (cf. art. 52, § 1^{er}, al. 2, art. 82 de l'A.R. du 20.07.1971 et art. 162, dernier al., de la loi SSI).

C'est à compter de la date de notification du Service du contrôle administratif à la mutualité (service administratif et service du médecin-conseil) que le délai de 30 jours ouvrables commence à courir.

2.1.5. AUCUNE DEMANDE EXPRESSE DE RÉGULARISATION MÉDICALE N'EST EXIGÉE DE L'ASSURÉ SOCIAL

Dès qu'il a été constaté que l'assuré social a repris une activité non autorisée pendant son incapacité de travail ou qu'il n'a pas respecté les conditions d'autorisation, la procédure de réexamen du dossier est automatiquement entamée d'un point de vue médical dans les délais légaux prévus à cet effet (voir ci-dessus).

2.2. Régularisation sur le plan administratif

La procédure de régularisation pour la période d'activité non autorisée se limite uniquement à une régularisation administrative.

2.2.1. LIMITATION DE LA RÉCUPÉRATION DE L'INDU AUX JOURS OU À LA PÉRIODE D'ACTIVITÉ NON AUTORISÉE

Comme c'était le cas avant la modification de l'article 23^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, l'organisme assureur est tenu de récupérer les indemnités indûment perçues à la suite de l'exercice d'une activité non autorisée.

Il y a toutefois lieu de limiter cette récupération aux jours ou à la période pendant laquelle l'assuré a effectivement exercé l'activité non autorisée (cf. art. 23^{ter}, § 2, al. 1^{er}, de l'A.R. du 20.07.1971).

La récupération limitée de l'indu n'est cependant plus liée à l'exigence d'une régularisation sur le plan médical (une diminution de la capacité de 50 % sur le plan médical n'est plus requise). Il s'agit d'une décision purement administrative.

Si l'assuré ne souhaite pas collaborer et s'il ne peut ou ne veut fournir de données sur la reprise de travail non autorisée et si ces données ne peuvent en outre pas être retrouvées dans le procès-verbal de constat établi par le contrôleur social ou dans le rapport des services d'inspection sociale et ne peuvent pas non plus être déduites du datamatching ou de la consultation des données de la DMFA, une récupération limitée ne peut alors avoir lieu et les indemnités devront être récupérées pour toute la période d'activité non autorisée.

La législation ne prévoit pas de délai endéans lequel l'organisme assureur doit notifier la récupération de l'indu à l'assuré social.

Compte tenu des délais de prescription applicables en la matière, il est toutefois indiqué que la mutualité notifie le plus rapidement possible la décision de récupération à l'assuré social et ce, par lettre recommandée, afin d'interrompre le cours de la prescription.

Les organismes assureurs doivent suivre la procédure précitée de récupération des indemnités dans toutes les situations de reprise de travail non autorisée qui relèvent du champ d'application de l'article 23^{ter} et ce, dès leur constatation.

Une demande expresse de la part de l'assuré social à cet effet n'est donc pas requise.

2.2.2. ASSIMILATION POUR LA FIXATION DES DROITS DANS LES AUTRES SECTEURS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La nouvelle disposition conserve en outre le principe de l'assimilation des jours ou de la période pour laquelle les indemnités font l'objet d'une procédure de récupération aux jours indemnisés pour la détermination des droits aux prestations de sécurité sociale du titulaire et de ses personnes à charge (cf. art. 23^{ter}, § 2, al. 2 de l'A.R. du 20.07.1971).

2.2.3. PROCÉDURE DE RENONCIATION À LA RÉCUPÉRATION DE L'INDU PAR LE COMITÉ DE GESTION DU SERVICE DES INDEMNITÉS

Comme c'était déjà le cas dans le passé, le Comité de gestion du Service des indemnités se réserve le droit de renoncer en tout ou en partie à la récupération des indemnités indûment allouées pour les jours ou la période d'activité non autorisée, dans les cas dignes d'intérêt et pour autant qu'il n'y ait pas d'intention frauduleuse.

La procédure de renonciation susmentionnée n'est cependant pas mentionnée à l'article 23^{ter} même, mais a été développée en application de l'article 22, § 2, a) de la loi du 11 avril 1995 instituant la Charte de l'assuré social. Les conditions dans lesquelles une renonciation totale ou partielle est possible sont décrites dans le règlement du 12 février 2001 portant exécution de l'article précité, à savoir l'article 22, § 2, a) de la Charte de l'assuré social.

L'article 11 du règlement précité précise les éléments dont le Comité de gestion doit tenir compte dans l'évaluation du caractère digne d'intérêt. Il s'agit des mêmes critères que ceux qui sont applicables dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés. L'article 11 a légèrement été adapté à cet effet (cf. A.M. du 02.09.2011 portant approbation du règlement du Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants du Service des indemnités de l'INAMI, modifiant le règlement du 12.02.2001, M.B. du 03.10.2011).

Le caractère digne d'intérêt est en effet déterminé sur la base :

- de la situation sociale et financière du titulaire, et de toute autre donnée personnelle pertinente
- de l'assujettissement ou non de l'activité non autorisée à la sécurité sociale
- de l'ampleur des gains professionnels.

L'article 11 stipule en outre qu'il ne peut être renoncé à la récupération des indemnités qui n'auraient pas pu être allouées en application des articles 20^{bis} et 22 à 23^{bis} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, ceci pour éviter que par le biais de la renonciation, le titulaire indépendant ne reçoive un montant d'indemnités supérieur à celui qu'il aurait perçu s'il avait obtenu cette autorisation.

Une demande expresse de renonciation dans le chef de l'assuré social est toutefois requise. La possibilité de renonciation à la récupération et la procédure devant être suivie pour ce faire doivent d'ailleurs être mentionnées dans la décision de récupération que la mutualité doit notifier à l'intéressé (cf. l'art. 82 de l'A.R. du 20.07.1971 et l'art. 295^{ter} de l'A.R. du 03.07.1996 qui énumèrent les mentions que la décision de récupération doit comporter en application de la Charte de l'assuré social du 11.04.1995).

3. Champ d'application de l'article 23^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971

Comme pour l'article 101 de la loi coordonnée du 14.07.1994 (dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés), l'article 23^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 ne vise qu'à régulariser les cas de reprise de travail pour lesquels le médecin-conseil aurait pu donner son autorisation si l'assuré social lui en avait fait la demande.

Lorsqu'il est constaté par exemple qu'un travailleur indépendant a repris sans autorisation son ancienne activité indépendante, la régularisation en application de l'article 23^{ter} n'est en principe possible que pour autant qu'il s'agisse d'une reprise partielle de son activité indépendante antérieure. Cette donnée peut être déduite de la comparaison entre la déclaration de l'intéressé au sujet de l'activité exercée durant son incapacité de travail et le contenu du questionnaire relatif à l'activité professionnelle qu'il a complété au début de l'incapacité de travail et qui reprend une description détaillée des tâches que le travailleur indépendant a accomplies avant la survenance de son incapacité de travail.

S'il s'agit d'une reprise complète de l'ancienne activité indépendante, celle-ci doit être considérée comme "reprise de travail normale" qui ne tombe pas sous le champ d'application de l'article 23^{ter}.

Dans ce cas, le titulaire doit signaler cette reprise de travail à son organisme assureur dans les deux jours via l' "Avis de reprise de travail" (cf. art. 66, 2^o de l'A.R. du 20.07.1971).

L'intéressé ne répond alors plus aux conditions de l'article 19 et/ou 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et devra rembourser toutes les indemnités qu'il a perçues depuis la reprise de travail.

S'il a dû mettre fin à son activité (non autorisée) en raison de l'aggravation de son état de santé, l'intéressé devra déclarer sa nouvelle incapacité de travail auprès du médecin-conseil de sa mutualité. Il s'agira alors très probablement d'une déclaration tardive et les indemnités de maladie de l'intéressé seront, dans le cas d'une décision positive du médecin-conseil, diminuées de 10 % pour la période d'incapacité de travail reconnue jusque et y compris la date de déclaration. Ce n'est qu'à partir du jour suivant que les indemnités pourront à nouveau être intégralement allouées (en application de l'art. 58*bis* de l'A.R. du 20.07.1971).

4. Entrée en vigueur de l'article 23*ter* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, tel que modifié par l'arrêté royal du 27 juillet 2011

Les dispositions susmentionnées de l'article 23*ter* sont (par analogie avec les dispositions similaires de l'article 101 de la loi SSI dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés) entrées en vigueur le 31 décembre 2010 et sont applicables à toutes les constatations (de reprise de travail non autorisée) effectuées à partir de cette date.

L'article 11 modifié du règlement du 12 février 2001 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la Charte de l'assuré social est également entré en vigueur à partir de la date susmentionnée.

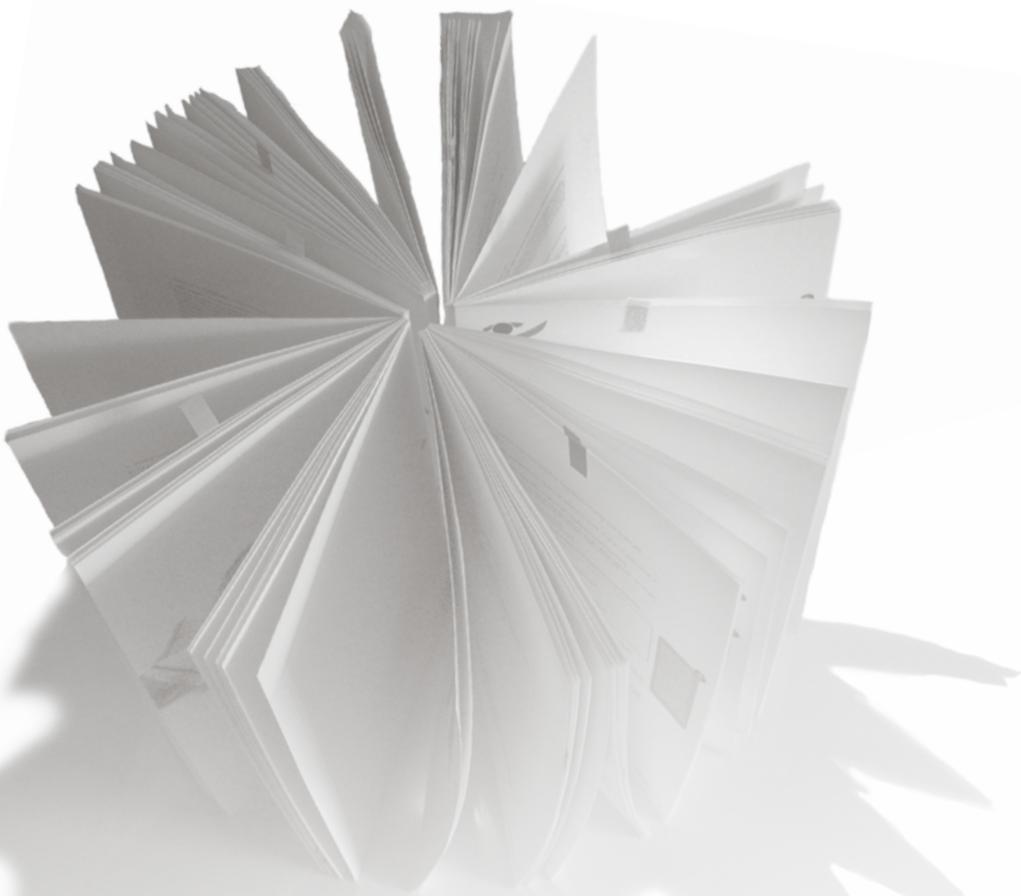
En vigueur à partir du 31 décembre 2010.



Circulaire O.A. n° 2011/416 - 485/1 du 24 octobre 2011.

6^e Partie

Données de base



I. Statut BIM. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, §1^{er}, 5^o et 6^o) à partir du 1^{er} septembre 2011

Bien-être 0,7%

En application de l'arrêté royal du 1^{er} avril 2007 - Moniteur belge du 3 avril 2007 (2^e éd.) fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et instaurant le statut OMNIO, les montants des revenus des bénéficiaires des BIM ne peuvent atteindre les plafonds de 11 763,02 et 2 177,65 EUR (à l'indice pivot 103,14 base 1996=100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être lorsque le mécanisme prévu aux articles 5 ou 72 de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations est mis en œuvre.

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires - Au 1^{er} septembre 2011 (bien-être selon A.R. 13.08.2011 - M.B. 24.08.2011)

Titulaires	Personnes à charge
15 782,42 EUR	2 921,74 EUR



Circulaires O.A. n° 2011/360 - 3991/228 du 1^{er} septembre 2011.

II. Revalorisation des indemnités au 1^{er} septembre 2011

1. Éléments de base

Base légale :

- Article 6 de l'arrêté royal du 5 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 29.06.2007, éd.3)
- Arrêté royal du 6 juillet 2011 portant augmentation de certaines pensions dans le régime des travailleurs salariés et portant exécution de l'article 7, alinéa 10, de l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B. 22.07.2011)

- Arrêté royal du 6 juillet 2011 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 28.07.2011)
- Arrêté royal du 8 juillet 2011 portant augmentation de certaines pensions des travailleurs indépendants (M.B. 20.07.2011, éd. 2).

2. Régime général

a. Revalorisation de 2 % (minima exclus) des indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1^{er} janvier 2005 et au plus tard le 31 décembre 2005 (réurrence des 6 ans d'incapacité) (mesure conjoncturelle)

Le montant des indemnités d'invalidité des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1^{er} janvier 2005 et au plus tard le 31 décembre 2005 est augmenté, au 1^{er} septembre 2011, d'un coefficient de revalorisation de 2 % (durée d'incapacité atteint 6 ans). Cette revalorisation ne s'applique pas aux titulaires bénéficiant d'un des minima.

b. Revalorisation des indemnités "minimum travailleur régulier" octroyées aux titulaires avec charge de famille et aux isolés suite à l'augmentation des montants de la pension minimum des travailleurs salariés (+ 2 %) (mesure conjoncturelle)

Les montants sur base annuelle de la pension minimum des travailleurs salariés sont adaptés comme suit au 1^{er} septembre 2011 (base 103,14) :

- le montant "avec charge de famille" passe de 12 361,17 EUR à 12 608,39 EUR
- le montant "isolé" passe de 9 892,05 EUR à 10 089,89 EUR.

Adaptées à l'indice pivot 114,97, les indemnités journalières octroyées aux titulaires "travailleurs réguliers" avec charge de famille et isolé sont fixées comme suit au 1^{er} septembre 2011 :

- titulaires avec charge de famille : 51,2499 EUR, arrondi à 51,25 EUR
- titulaires isolés : 41,0128 EUR, arrondi à 41,01 EUR.

c. Revalorisation de l'indemnité "minimum travailleur régulier" octroyée aux cohabitants (+ 2 %) (mesure conjoncturelle)

Le montant de base "minimum travailleur régulier" octroyé aux titulaires cohabitants passe de 27,1850 EUR à 27,7287 EUR au 1^{er} septembre 2011 (base 103,14).

Adaptée à l'indice pivot 114,97, l'indemnité journalière octroyée aux titulaires "travailleurs réguliers" cohabitants est fixée, à partir du 1^{er} septembre 2011, à 35,1655 EUR, arrondie à 35,17 EUR.

d. Revalorisation des indemnités “minimum travailleur non régulier” suite à l’augmentation des montants du revenu d’intégration sociale (RIS) (+ 2 %) (mesure conjoncturelle)

Les montants sur base annuelle du revenu d’intégration sociale (RIS) sont adaptés comme suit au 1^{er} septembre 2011 (base 103,14) :

- le montant “avec charge de famille” passe de 9 526,34 EUR à 9 716,87 EUR
- le montant “isolé” passe de 7 144,75 EUR à 7 287,65 EUR.

Adaptées à l’indice pivot 114,97, les indemnités journalières octroyées aux titulaires “travailleurs non réguliers” sont fixées comme suit au 1^{er} septembre 2011 :

- titulaires avec charge de famille : 39,4966 EUR, arrondi à 39,50 EUR
- titulaires sans charge de famille : 29,6224 EUR, arrondi à 29,62 EUR.

e. Augmentation du 1^{er} plafond du revenu autorisé des personnes à charge (statut avec charge) (mesure conjoncturelle)

À partir du 1^{er} septembre 2011, le montant de base du plafond du revenu autorisé des personnes à charge (statut avec charge) passe de 660,4241 EUR à 707,0700 EUR (base 103,14).

Adapté à l’indice pivot 114,97, le montant du 1^{er} plafond s’élève, au 1^{er} septembre 2011, à 896,7062 EUR, arrondi à 896,71 EUR.

f. Revalorisation de 2 % du 3^e plafond du revenu autorisé des personnes à charge (statut isolé - revenus de remplacement) (mesure conjoncturelle)

À partir du 1^{er} septembre 2011, le montant de base du 3^e plafond du revenu autorisé des personnes à charge (statut isolé - revenus de remplacement) passe de 762,9204 EUR à 778,1788 EUR (base 103,14).

Adapté à l’indice pivot 114,97, le montant du 3^e plafond s’élève, au 1^{er} septembre 2011, à 986,8864 EUR, arrondi à 986,89 EUR.

g. Augmentation de 3 EUR du forfait d’aide de tierce personne (mesure conjoncturelle)

À partir du 1^{er} septembre 2011, le montant de base du forfait d’aide de tierce personne passe de 10,4466 EUR à 12,8122 EUR (base 103,14).

Adapté à l’indice pivot 114,97, ce forfait s’élève, au 1^{er} septembre 2011, à 16,2484 EUR, arrondi à 16,25 EUR.

3. Régime des indépendants

a. Revalorisation des forfaits octroyés aux invalides ayant mis fin à leur entreprise suite à l'augmentation des indemnités "minimum travailleur régulier" du régime général (+ 2 %) (mesure conjoncturelle)

Les forfaits octroyés aux invalides ayant mis fin à leur entreprise sont augmentés au 1^{er} septembre 2011 suite à la revalorisation, à cette même date, des montants "minimum travailleur régulier" en vigueur dans le régime général. Ces forfaits sont fixés comme suit à partir du 1^{er} septembre 2011 (indice pivot 114,97) :

- forfait avec charge de famille : 51,2499 EUR, arrondi à 51,25 EUR
- forfait isolé : 41,0128 EUR, arrondi à 41,01 EUR
- forfait cohabitant : 35,1655 EUR, arrondi à 35,17 EUR.

b. Revalorisation des forfaits octroyés aux titulaires "avec charge de famille" (+ 2,11 %) et aux "isolés" (+ 2,37 %) en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise suite à l'augmentation des montants de la pension minimum des indépendants (mesure conjoncturelle)

Les montants sur base annuelle de la pension minimum des indépendants sont adaptés comme suit au 1^{er} septembre 2011 (base 103,14) :

- le montant "avec charge de famille" passe de 12 142,12 EUR à 12 398,32 EUR
- le montant "isolé" passe de 9 308,83 EUR à 9 529,45 EUR.

Adaptés à l'indice pivot 114,97, les forfaits avec charge de famille et isolé octroyés aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise sont fixés comme suit au 1^{er} septembre 2011 :

- forfait avec charge de famille : 50,3960 EUR, arrondi à 50,40 EUR
- forfait isolé : 38,7348 EUR, arrondi à 38,73 EUR.

c. Revalorisation du forfait "cohabitant" octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise (+ 2 %) (mesure conjoncturelle)

Le montant de base du forfait cohabitant octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise passe de 24,3153 EUR à 24,8016 EUR au 1^{er} septembre 2011 (base 103,14).

Adapté à l'indice pivot 114,97, le forfait cohabitant octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise est fixé, à partir du 1^{er} septembre 2011, à 31,4534 EUR, arrondi à 31,45 EUR.

d. Augmentation du 1^{er} plafond du revenu autorisé des personnes à charge (statut avec charge) (mesure conjoncturelle)

À partir du 1^{er} septembre 2011, le montant de base du plafond du revenu autorisé des personnes à charge (statut avec charge) passe de 660,4241 EUR à 707,0700 EUR (base 103,14).

Adapté à l'indice pivot 114,97, le montant du 1^{er} plafond s'élève, au 1^{er} septembre 2011, à 896,7062 EUR, arrondi à 896,71 EUR.

e. Revalorisation de 2 % du 3^e plafond du revenu autorisé des personnes à charge (statut isolé - revenus de remplacement) (mesure conjoncturelle)

À partir du 1^{er} septembre 2011, le montant de base du 3^e plafond du revenu autorisé des personnes à charge (statut isolé - revenus de remplacement) passe de 762,9204 EUR à 778,1788 EUR (base 103,14).

Adapté à l'indice pivot 114,97, le montant du 3^e plafond s'élève, au 1^{er} septembre 2011, à 986,8864 EUR, arrondi à 986,89 EUR.

f. Augmentation de 3 EUR du forfait d'aide de tierce personne (mesure conjoncturelle)

À partir du 1^{er} septembre 2011, le montant de base du forfait d'aide de tierce personne passe de 10,4466 EUR à 12,8122 EUR (base 103,14).

Adapté à l'indice pivot 114,97, ce forfait s'élève, au 1^{er} septembre 2011, à 16,2484 EUR, arrondi à 16,25 EUR.

Le tableau D, repris en annexe, remplace ceux repris dans les circulaires O.A. n° 2011/186 - 45/229 du 6 mai 2011 et n° 2011/185 - 482/109 du 6 mai 2011.

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé											
À partir du - Jusqu'au		01-01-2011	30-04-2011	01-05-2011	31-08-2011	à partir du 01-09-2011		Prochaine indexation			
Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)		112,72	1,2434	114,97	1,2682	114,97	1,2682	117,27	1,2936		
I. SALARIÉS											
1 - Plafond journalier AMI											
début d'incapacité	antérieur au 01/01/2005	116,2662		118,5852		118,5852		120,9603			
	du 01/01/2005 au 31/12/2006	118,5915		120,9569		120,9569		123,3794			
	du 01/01/2007 au 31/12/2008	119,7775		122,1665		122,1665		124,6133			
	du 01/01/2009 au 31/12/2010	120,7356		123,1437		123,1437		125,6101			
	à partir du 01/01/2011	121,5808		124,0057		124,0057		126,4894			
2 - Incapacité primaire											
Maximum	début d'incapacité	du 01/01/2007 au 31/12/2008	71,8665	71,87	73,2999	73,30	73,2999	73,30	74,7680	74,77	
		du 01/01/2009 au 31/12/2010 à partir du 01/01/2011	72,4414	72,44	73,8862	73,89	73,8862	73,89	75,3661	75,37	
			72,9485	72,95	74,4034	74,40	74,4034	74,40	75,8936	75,89	
Minimum	A partir du 1 ^{er} jour du 7 ^{ème} mois de l'incapacité de travail	Travailleur régulier									
		avec charge de famille	49,2624	49,26	50,2450	50,25	51,2499	51,25	52,2763	52,28	
		isolés	39,4224	39,42	40,2086	40,21	41,0128	41,01	41,8342	41,83	
		cohabitants	33,8018	33,80	34,4760	34,48	35,1655	35,17	35,8698	35,87	
		Travailleur non régulier									
		avec charge de famille	37,9649	37,96	38,7221	38,72	39,4966	39,50	40,2876	40,29	
			28,4737	28,47	29,0416	29,04	29,6224	29,62	30,2157	30,22	
3 - Invalidité											
Indemnité Journalière	Maximum	début d'incapacité primaire	avant le 01/10/1974								
			avec charge de famille	50,0592	50,06	51,0577	51,06	51,0577	51,06	52,0803	52,08
			sans charge de famille	33,5015	33,50	34,1697	34,17	34,1697	34,17	34,8541	34,85
			du 01/10/1974 au 31/12/2002								
			avec charge de famille	79,2552	79,26	80,8360	80,84	80,8360	80,84	82,4550	82,46
			isolés	67,0621	67,06	68,3997	68,40	68,3997	68,40	69,7696	69,77
			cohabitants	48,7724	48,77	49,7452	49,75	49,7452	49,75	50,7415	50,74
			du 01/01/2003 au 31/12/2004								
			Invalide avant 01/01/2005								
			avec charge de famille	77,7012	77,70	79,2510	79,25	79,2510	79,25	80,8383	80,84
			isolés	65,7472	65,75	67,0586	67,06	67,0586	67,06	68,4016	68,40
			cohabitants	47,8161	47,82	48,7698	48,77	48,7698	48,77	49,7466	49,75
			Invalide à partir du 01/01/2005 au 31/12/2006								
			avec charge de famille	79,2552	79,26	80,8360	80,84	80,8360	80,84	82,4550	82,46
			isolés	67,0621	67,06	68,3997	68,40	68,3997	68,40	69,7696	69,77
			cohabitants	48,7724	48,77	49,7452	49,75	49,7452	49,75	50,7415	50,74
			du 01/01/2005 au 31/12/2005								
			Invalide avant le 01/01/2007								
			avec charge de famille	77,7012	77,70	79,2509	79,25	80,8360	80,84	82,4550	82,46
			isolés	65,7472	65,75	67,0586	67,06	68,3997	68,40	69,7696	69,77
			cohabitants	47,8161	47,82	48,7698	48,77	49,7452	49,75	50,7415	50,74
			Invalide à partir de 01/01/2007 ¹								
			avec charge de famille	78,4782	78,48	80,0435	80,04	81,6443	81,64	83,2795	83,28
			isolés	66,4046	66,40	67,7291	67,73	69,0837	69,08	70,4673	70,47
			cohabitants	48,2943	48,29	49,2575	49,26	50,2427	50,24	51,2489	51,25
			du 01/01/2006 au 31/12/2007								
			invalide avant le 01/01/2007 ²								
			avec charge de famille	77,7012	77,70	79,2509	79,25	79,2509	79,25	80,8382	80,84
			isolés	65,7472	65,75	67,0586	67,06	67,0586	67,06	68,4016	68,40
			cohabitants	47,8161	47,82	48,7698	48,77	48,7698	48,77	49,7466	49,75
			Invalide du 01/01/2007 au 31/12/2008								
			avec charge de famille	78,4782	78,48	80,0435	80,04	80,0435	80,04	81,6466	81,65
			isolés	66,4046	66,40	67,7291	67,73	67,7291	67,73	69,0856	69,09
			cohabitants	48,2943	48,29	49,2575	49,26	49,2575	49,26	50,2441	50,24
			Invalide à partir du 01/01/2009 ¹								
			avec charge de famille	79,1060	79,11	80,6838	80,68	80,6838	80,68	82,2997	82,30
			isolés	66,9358	66,94	68,2709	68,27	68,2709	68,27	69,6382	69,64
			cohabitants	48,6806	48,68	49,6516	49,65	49,6516	49,65	50,6460	50,65
			à partir du 01/01/2008								
			Invalide avant le 01/01/2009 ²								
			avec charge de famille	77,8554	77,86	79,4082	79,41	79,4082	79,41	80,9986	81,00
			isolés	65,8776	65,88	67,1916	67,19	67,1916	67,19	68,5373	68,54
			cohabitants	47,9110	47,91	48,8666	48,87	48,8666	48,87	49,8453	49,85
			Invalide du 01/01/2009 au 31/12/2010								
			avec charge de famille	78,4782	78,48	80,0435	80,04	80,0435	80,04	81,6466	81,65
			isolés	66,4046	66,40	67,7291	67,73	67,7291	67,73	69,0856	69,09
			cohabitants	48,2943	48,29	49,2575	49,26	49,2575	49,26	50,2440	50,24
			Invalide à partir du 01/01/2011								
avec charge de famille	79,0275	79,03	80,6037	80,60	80,6037	80,60	82,2181	82,22			
isolés	66,8694	66,87	68,2032	68,20	68,2032	68,20	69,5692	69,57			
cohabitants	48,6323	48,63	49,6023	49,60	49,6023	49,60	50,5957	50,60			
Minimum		Travailleur régulier									
		avec charge de famille	49,2624	49,26	50,2450	50,25	51,2499	51,25	52,2763	52,28	
		isolés	39,4224	39,42	40,2086	40,21	41,0128	41,01	41,8342	41,83	
		cohabitants	33,8018	33,80	34,4760	34,48	35,1655	35,17	35,8698	35,87	
		Travailleur non régulier									
		avec charge de famille	37,9649	37,96	38,7221	38,72	39,4966	39,50	40,2876	40,29	
			28,4737	28,47	29,0416	29,04	29,6224	29,62	30,2157	30,22	

1. Cette rubrique concerne les titulaires pour qui la période d'incapacité primaire a été suspendue en raison d'une période de maternité.

2. Cette rubrique concerne les titulaires assurés étrangers qui sont reconnus invalides avant d'avoir atteint un an d'incapacité.

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé - suite										
À partir du - Jusqu'au		01-01-2011	30-04-2011	01-05-2011	31-08-2011	à partir du 01-09-2011		Prochaine indexation		
Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)		112,72	1,2434	114,97	1,2682	114,97	1,2682	117,27	1,2936	
I. SALARIÉS (suite)										
4 - Maternité, paternité & adoption										
Maximum début de maternité, paternité, d'adoption et d'écartement du travail	du 01/01/2007 au 31/12/2008									
	Naiss. & adopt.	82,0 %	98,2175	98,22	100,1765	100,18	100,1765	100,18	102,1829	102,18
	Maternité	79,5 %	95,2231	95,22	97,1223	97,12	97,1223	97,12	99,0675	99,07
		75,0 %	89,8331	89,83	91,6249	91,62	91,6249	91,62	93,4599	93,46
	Écartement	60,0 %	71,8665	71,87	73,2999	73,30	73,2999	73,30	74,7680	74,77
	du 01/01/2009 au 31/12/2009									
	Naiss. & adopt.	82,0 %	99,0032	99,00	100,9779	100,98	100,9779	100,98	103,0003	103,00
	Maternité	79,5 %	95,9848	95,98	97,8993	97,90	97,8993	97,90	99,8600	99,86
		75,0 %	90,5517	90,55	92,3578	92,36	92,3578	92,36	94,2076	94,21
	Écartement	60,0 %	72,4414	72,44	73,8862	73,89	73,8862	73,89	75,3661	75,37
	du 01/01/2010 au 31/12/2010									
	Naiss. & adopt.	82,0 %	99,0032	99,00	100,9779	100,98	100,9779	100,98	103,0003	103,00
	Maternité	79,5 %	95,9848	95,98	97,8993	97,90	97,8993	97,90	99,8600	99,86
		75,0 %	90,5517	90,55	92,3578	92,36	92,3578	92,36	94,2076	94,21
	Écartement	60,0 %	72,4414	72,44	73,8862	73,89	73,8862	73,89	75,3661	75,37
		78,237 %	94,4599	94,46	96,3440	96,34	96,3440	96,34	98,2736	98,27
	à partir du 01/01/2011									
	Naiss. & adopt.	82,0 %	99,6962	99,70	101,6847	101,68	101,6847	101,68	103,7213	103,72
Maternité	79,5 %	96,6567	96,66	98,5846	98,58	98,5846	98,58	100,5591	100,56	
	75,0 %	91,1856	91,19	93,0043	93,00	93,0043	93,00	94,8670	94,87	
Écartement	60,0 %	72,9485	72,95	74,4034	74,40	74,4034	74,40	75,8936	75,89	
	78,237 %	95,1211	95,12	97,0184	97,02	97,0184	97,02	98,9615	98,96	
5 - Divers										
Indemnités funéraires			148,74		148,74		148,74		148,74	
Gardiennage d'enfants (mensuel)		1 415,2398	1 415,24	1 443,5446	1 443,54	1 443,5446	1 443,54	1 472,4044	1 472,40	
Gardiennage d'enfants (journalier)		54,4323	54,43	55,5209	55,52	55,5209	55,52	56,6309	56,63	
Gardiennage d'enfants (salaire horaire)		8,5946	8,59	8,7665	8,77	8,7665	8,77	8,9417	8,94	
Tranche activité autorisée		11,2652		11,4899		11,4899		11,7200		
Prime de bien-être (incapacité <01/10/1974)			123,95		123,95		123,95		123,95	
Prime de rattrapage (5 ans incapacité au 31/12/N-1)		76,5012	76,50	-	-	-	-	-	-	
II. INDEPENDANTS										
1 - Incapacité primaire										
avec charge de famille		48,3895	48,39	49,3546	49,35	50,3960	50,40	51,4053	51,41	
isolé		37,0981	37,10	37,8380	37,84	38,7348	38,73	39,5106	39,51	
cohabitant		30,2336	30,23	30,8367	30,84	31,4534	31,45	32,0833	32,08	
2 - Invalidité										
n'ayant pas mis fin à leur entreprise										
avec charge de famille		48,3895	48,39	49,3546	49,35	50,3960	50,40	51,4053	51,41	
isolé		37,0981	37,10	37,8380	37,84	38,7348	38,73	39,5106	39,51	
cohabitant		30,2336	30,23	30,8367	30,84	31,4534	31,45	32,0833	32,08	
ayant mis fin à leur entreprise										
avec charge de famille		49,2624	49,26	50,2450	50,25	51,2499	51,25	52,2763	52,28	
isolé		39,4224	39,42	40,2086	40,21	41,0128	41,01	41,8342	41,83	
cohabitant		33,8018	33,80	34,4760	34,48	35,1655	35,17	35,8698	35,87	
3 - Indemnité de maternité & d'adoption										
Indemnité hebdomadaire			383,24		390,88		390,88		398,71	
4 - Revenu professionnel annuel - art.28bis										
À partir des revenus professionnels 2008			17 149,19		17 149,19		17 149,19		17 149,19	
III. REVENU AUTORISÉ DES PERSONNES À CHARGE										
plafond statut avec charge		821,1713	821,17	837,5498	837,55	896,7062	896,71	914,6658	914,67	
plafond statut isolés (revenus de remplacement)		948,6152	948,62	967,5357	967,54	986,8864	986,89	1 006,6521	1 006,65	
plafond statut isolés (revenus professionnels)		1 415,2398	1 415,24	1 443,5446	1 443,54	1 443,5446	1 443,54	1 472,4044	1 472,40	
IV. ALLOCATION FORFAITAIRE POUR AIDE DE TIERCE PERSONNE										
		12,9893	12,99	13,2484	13,25	16,2484	16,25	16,5739	16,57	
V. RETENUE DE 3,5 % SUR LES INDEMNITÉS D' INVALIDITÉS										
1 - Plancher journalier										
avec charge de famille			54,06		55,14		55,14		56,24	
sans charge de famille			44,88		45,78		45,78		46,69	
2 - Retenue partielle sur les montants										
avec charge de famille entre			54,07		55,15		55,15		56,25	
et			56,01		57,13		57,13		58,27	
sans charge de famille entre			44,89		45,79		45,79		46,70	
et			46,50		47,43		47,43		48,37	
3 - Retenue intégrale à partir de										
avec charge de famille			56,02		57,14		57,14		58,28	
sans charge de famille			46,51		47,44		47,44		48,38	
VI. INDEMNITÉS MAXIMUM PERÇUES DANS LE CADRE DU VOLONTARIAT										
Montant journalier		30,8239	30,82	30,8239	30,82	30,8239	30,82	31,4387	31,44	
Montant annuel		1 232,9181	1 232,92	1 232,9181	1 232,92	1 232,9181	1 232,92	1 257,5091	1 257,51	
VII. PRIME DE RATTRAPAGE (1 an d'incapacité au 31/12/N-1)										
		-	-	200,0000	200,00	200,0000	200,00	204,0056	204,01	

III. Modification du tableau IV repris en annexe de la circulaire relative à l'adaptation des prestations à l'indice santé : Allocations de chômage, d'attente et de transition

1. Éléments de base

Le tableau IV repris en annexe remplace, à partir du 1^{er} septembre 2011, le tableau IV qui était repris dans la circulaire O.A. n° 2011/186 - 45/229 du 6 mai 2011.

2. Date d'application

1^{er} septembre 2011

Cette circulaire modifie la circulaire O.A. n° 2011/186 - 45/229 du 6 mai 2011.

Tableau IV		Période à partir du 1 ^{er} septembre 2011
		Montant minimum
<i>Allocation de chômage</i>		
Sans complément d'ancienneté		
A. - cohabitant avec charge de famille		
○ 1 ^e période A (mois 1-6)		41,13
○ 1 ^e période B (mois 7-12)		41,13
○ 2 ^e période		41,13
N. - isolé		
○ 1 ^e période A (mois 1-6)		34,55
○ 1 ^e période B (mois 7-12)		34,55
○ 2 ^e période		34,55
B. - cohabitant		
○ 1 ^e période A (mois 1-6)		25,90
○ 1 ^e période B (mois 7-12)		25,90
○ 2 ^e période		25,90
période forfait (éventuellement)		
"ordinaire"		18,25
"privilegié"		23,96
Avec complément d'ancienneté		
A. - cohabitant avec charge de famille		43,11
N. - isolé		
50 <= 54		36,07
55 <= 64		39,63
B. - cohabitant		
2 ^e période (nouveau régime)		
50 <= 54		29,30
55 <= 57		32,64
58 <= 64		35,88
période forfait (éventuellement)		
"ordinaire"		21,85
"privilegié"		27,56
<i>Allocation d'attente et de transition</i>		
A. - cohabitant avec charge de famille		40,08
N. - isolé		
< 18		11,39
18-20		17,89
>= 21		29,64
B. - cohabitants		
"ordinaire"		
< 18		9,66
>= 18		15,42
"privilegié"		
< 18		10,23
>= 18		16,44



IV. Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224, § 3)

1. Éléments de base

À partir du **1^{er} janvier 2012**, les montants de référence du salaire journalier moyen requis pour obtenir la qualité de travailleur régulier doivent être réévalués.

Cette réévaluation s'opère en multipliant les montants repris dans la circulaire O.A. n° 2010/371 - 424/40 par 1,0200, coefficient qui exprime le rapport entre l'indemnité d'invalidité minimum avec charge de famille au 1^{er} janvier 2011 et celle au 1^{er} janvier 2010 (49,2624 EUR : 48,2957 EUR = 1,0200 EUR).

Le résultat de cette multiplication donne :

52,8063 EUR pour les titulaires âgés de 21 ans ou plus,

39,5927 EUR pour les titulaires âgés de 18 à 20 ans et

26,4032 EUR pour les titulaires de moins de 18 ans.

2. Date d'application

1^{er} janvier 2012

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2010/371 - 424/40 du 7 octobre 2010.

 Circulaires O.A. n° 2011/406 - 424/41 du 6 octobre 2011.

V. Tarifs et remboursements des prestations de santé

Excepté les circulaires O.A. n^{os} 2011/376, 2011/318, 2011/319 et 2011/320, nous publions ci-après un résumé de l'évolution la plus récente des honoraires et des interventions de l'assurance pour les prestations des dispensateurs de soins, entrés en vigueur entre le 1^{er} août 2011 et le 31 octobre 2011.



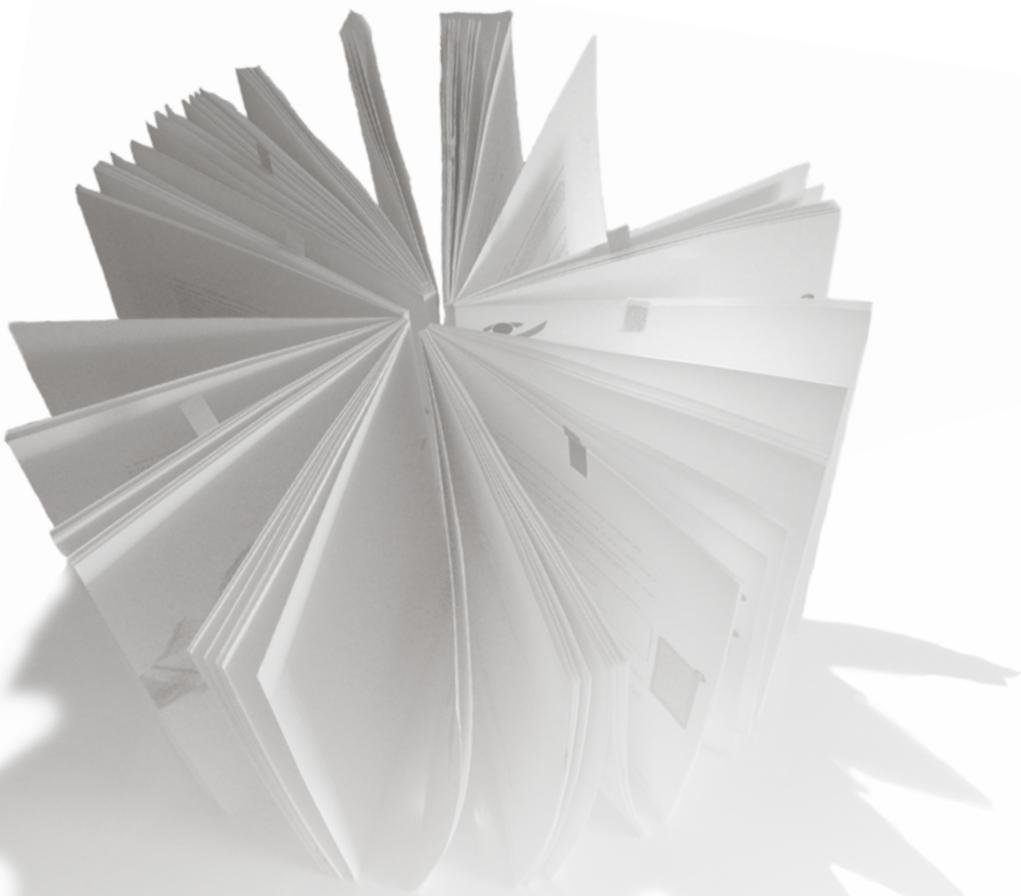
Pour le détail, nous nous permettons de renvoyer le lecteur aux tableaux consultables sur le site Internet de l'INAMI : (www.inami.be, rubrique "Organismes assureurs" > Taux des honoraires, des prix et des remboursements).

Évolution des honoraires et des interventions de l'assurance pour les prestations des dispensateurs de soins		
		N ^o Circulaire O.A.
Médecins	Prestations médicales À partir du 1^{er} août 2011 Suite aux arrêtés royaux du 11 juin 2011 (M.B. 30.06.2011) il y a lieu : <ul style="list-style-type: none"> • de supprimer les prestations 252431-252442, de modifier la valeur relative des prestations 252490-252501 et d'ajouter les prestations 252593-252604 et 252615-252626 dans le tableau "F. c. Chirurgie plastique"; • de supprimer les prestations 227511-227522 dans le tableau "F. e. Chirurgie thoracique"; • d'ajouter la prestation 477606 dans le tableau "J. 6. Neuropsychiatrie". 	2011/307
	À partir du 1^{er} octobre 2011 Suite à l'arrêté royal du 19 août 2011 (M.B. 01.10.2011) il y a lieu : <ul style="list-style-type: none"> • de supprimer les prestations 477234-477245 dans le tableau "J. 6. Neuropsychiatrie". 	2011/396
Praticiens de l'art dentaire	À partir du 1^{er} mars 2011 - avec effet rétro-actif Suite aux arrêtés royaux du 31 août 2011 (M.B. 15.09.2011) les prestations 377230-377241 dans le tableau "§ 1. 7. Radiographies" et 307230-307241, 307252-307263 sont insérées dans le tableau "§ 2. 8. Radiographies".	2011/376
Implants	Article 28 À partir du 1^{er} octobre 2011 Suite aux arrêtés royaux du 13 et 21 juillet 2011 et du 19 août 2011 (M.B. 5, 10 et 29.08.2011) les tarifs pour les prestations de l'article 28, § 1 ^{er} sont modifiés à partir du 1 ^{er} octobre 2011.	2011/386
	Articles 35 et 35bis À partir du 1^{er} février 2011 - avec effet rétro-actif Suite aux arrêtés royaux du 15 novembre 2010 (M.B. 17.12.2010) et du 28 juin 2011 (M.B. 19.07.2011) les tarifs pour les prestations des articles 35 et 35bis sont modifiés à partir du 1 ^{er} février 2011.	2011/318
	À partir du 1^{er} avril 2011 - avec effet rétro-actif Suite aux arrêtés royaux du 8 et 23 décembre 2010 (M.B. 01 et 25.02.2011) les tarifs pour les prestations des articles 35 et 35bis sont modifiés à partir du 1 ^{er} avril 2011.	2011/319

Évolution des honoraires et des interventions de l'assurance pour les prestations des dispensateurs de soins		N° Circulaire O.A.
	À partir du 1^{er} juillet 2011 - avec effet rétro-actif Suite aux arrêtés royaux du 13 et 21 juillet 2011 et du 19 août 2011 (M.B. 05, 10 et 29.08.2011) les tarifs pour les prestations des articles 35 et 35 <i>bis</i> sont modifié à partir du 1 ^{er} juillet 2011.	2011/387
	À partir du 1^{er} octobre 2011 Suite à l'avenant à la convention de rééducation relative aux défibrillateurs cardiaques implantables du 14 novembre 2011 les tarifs pour les prestations des articles 35 et 35 <i>bis</i> sont modifiés à partir du 1 ^{er} octobre 2011.	2011/502

7^e Partie

Statistiques



Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1^{er} semestre 2011

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2009 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	273.090	564.702	869.736	1.198.372	
b) Imagerie médicale	251.845	530.451	792.676	1.073.158	
c) Consultations, visites et avis	446.465	861.833	1.269.914	1.714.677	
d) Prestations spéciales	285.164	570.416	848.951	1.142.193	
e) Chirurgie	246.728	502.232	740.974	998.898	
f) Gynécologie	21.906	44.510	67.117	90.146	
g) Surveillance	85.257	172.346	256.994	343.449	
h) Forfait accréditation médecins	4.172	8.554	10.298	15.615	
i) Forfait dossier médical	1.237	1.237	1.237	1.237	
j) Forfait télématique	5	5.645	5.971	5.980	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	0	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	4.766	13.251	24.867	35.646	
m) Fonds d'impulsion	1.709	4.153	7.183	8.848	
n) Soutien de la pratique médecine générale	0	399	801	9.430	
Total médecins	1.622.344	3.279.729	4.896.719	6.637.649	6.752.342
2. a) Honoraires dentaires	182.454	363.300	533.200	723.084	
b) Forfait accréditation	2	7	10.814	10.911	
Total dentistes	182.456	363.307	544.014	733.995	725.299
3. Prestations pharmaceutiques	1.046.186	2.074.146	3.068.416	4.120.417	4.114.558
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	236.929	488.376	741.800	992.475	1.067.781
5. Frais spécifiques services soins à domicile	8.307	8.307	17.433	17.433	17.602
6. Soins par kinésithérapeutes	138.588	281.541	409.898	549.049	554.250
7. Soins par bandagistes	50.787	104.943	158.593	220.657	213.553
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	122.061	245.091	359.550	486.150	631.061
10. Soins par opticiens	6.045	11.781	17.021	22.586	19.589
11. Soins par audiciens	9.348	18.761	28.976	38.904	38.857
12. Accouchements par accoucheuses	3.174	6.344	9.826	13.401	13.882
13. Prix de la journée d'entretien	1.130.463	2.270.335	3.388.971	4.505.495	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	47.276	96.152	143.893	195.657	
Total	1.177.739	2.366.487	3.532.864	4.701.152	4.850.422
14. Hôpital militaire - prix all-in	994	4.164	5.753	8.255	7.458
15. Dialyse					
a) Médecins	33.239	66.249	101.038	136.162	
b) Forfait dialyse rénale	30.973	61.565	93.736	126.502	
c) A domicile, dans un centre	23.675	45.414	71.292	97.055	
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	
Total dialyse	87.887	173.228	266.066	359.719	366.686

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2009 - suite (en milliers EUR)					
Libellé	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	233.221	465.056	700.771	945.453	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	208.197	413.629	623.096	837.404	
c) Centres de soins de jour	3.092	6.023	9.317	12.772	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	81.467	142.363	203.315	264.298	
e) Prime syndicale	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0	156	156	193	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	0	0	
Total	528.272	1.029.522	1.538.950	2.062.415	2.102.965
17. Fin de carrière	29.604	45.952	62.409	78.936	63.041
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	21.424	41.855	63.480	85.882	93.987
b) Initiatives d'habitation protégée	8.791	17.462	26.523	35.732	42.873
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	473	961	1.490	1.986	2.109
Total	30.688	60.278	91.493	123.600	138.969
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	107.207	219.697	327.324	446.290	481.477
20. Fond Spécial	4.156	5.735	6.705	11.255	14.412
21. Logopédie	16.546	34.028	47.472	65.076	68.226
22. Centres médicaux-pédiatriques	3	3	3	3	40
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	3.362	7.114	12.435	18.839	22.404
24. Régularisations + Refacturation	-11.773	-52.647	-76.353	-104.458	-88.966
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	93.369	145.669	198.138	305.621	
b) MAF fiscal	-353	-755	-1.186	-1.409	
Total maximum à facturer	93.016	144.914	196.952	304.212	339.149
26. Patients chroniques	17.243	32.418	52.592	80.159	83.166
27. Soins palliatifs	3.346	6.968	9.329	10.154	10.159
28. Soins palliatifs (patient)	2.804	5.823	8.759	11.730	12.113
29. Matériel corporel humain	1.643	2.772	3.864	5.801	9.643
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes	106	202	319	467	405
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	122	218	314	401	
b) COMA	112	244	360	493	
c) Projets thérapeutiques	226	421	564	783	
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	460	883	1.238	1.677	2.834
32. Internés	65	3.446	15.186	26.468	31.874
33. Sevrage tabac	1	1	2	50	3.390
34. Circuit de soins psychiatriques	107	1.956	1.956	2.016	2.888
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	99.730

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2009 - suite (en milliers EUR)					
Libellé	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Objectif
36. Fonds assuétudes	0	0	234	676	3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38. Maisons médicales	15.373	31.841	48.729	65.931	56.958
39. SM/SLA/Huntington	0	1.510	1.952	2.860	8.265
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	8.285
41. Trajets de soins	0	0	0	0	0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0	0	0
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0	0	0
44. Divers	1.143	2.264	2.571	7.422	56.388
- Affectation fonds d'avenir					299.852
- Montants réservés 2009					-119.537
- Salde					0
Total	0	0	0	0	180.315
Total général	5.536.217	11.010.885	16.411.050	22.123.421	23.084.470

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	304.908	603.020	878.112	1.163.106	
b) Imagerie médicale	267.741	544.272	796.850	1.069.431	
c) Consultations, visites et avis	456.253	877.458	1.296.696	1.713.184	
d) Prestations spéciales	292.833	587.061	869.616	1.172.884	
e) Chirurgie	256.342	513.076	763.093	1.030.698	
f) Gynécologie	22.204	44.331	66.697	90.437	
g) Surveillance	91.009	178.704	266.480	356.260	
h) Forfait accréditation médecins	2.858	2.859	8.700	14.072	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	8	6.164	6.329	6.372	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	0	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	13.713	19.509	22.639	29.899	
m) Fonds d'impulsion	1.321	3.506	5.289	7.657	
n) Soutien de la pratique médecine générale	961	1.449	1.642	11.920	
Total médecins	1.710.151	3.381.409	4.982.143	6.665.920	6.867.386
2. a) Honoraires dentaires	190.647	381.393	555.123	744.676	
b) Forfait accréditation	7	14	11.584	11.733	
Total dentistes	190.654	381.407	566.707	756.409	773.864
3. Prestations pharmaceutiques	1.049.256	2.103.970	3.145.358	4.249.733	4.179.054
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	256.927	523.705	787.359	1.056.015	1.083.653
5. Frais spécifiques services soins à domicile	9.270	9.270	18.599	18.656	18.785
6. Soins par kinésithérapeutes	149.790	301.245	436.601	580.007	574.036
7. Soins par bandagistes	54.171	114.470	174.272	237.662	232.300
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	128.470	254.736	380.667	516.489	638.106
10. Soins par opticiens	6.116	12.077	17.434	22.834	29.729
11. Soins par audiciens	11.438	21.824	32.767	43.539	40.400
12. Accouchements par accoucheuses	3.426	6.970	10.582	14.364	14.490
13. Prix de la journée d'entretien	1.122.717	2.265.839	3.428.615	4.626.385	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	47.763	97.457	146.981	200.764	
Transport	0	0	0	0	
Total	1.170.480	2.363.296	3.575.596	4.827.149	5.022.137
14. Hôpital militaire - prix all-in	1.387	2.091	5.160	6.630	7.507
15. Dialyse					
a) Médecins	34.464	67.754	102.057	139.930	
b) Forfait dialyse rénale	31.881	63.122	94.022	128.831	
c) A domicile, dans un centre	25.235	49.197	73.277	102.052	
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	
Total dialyse	91.580	180.073	269.356	370.813	376.821

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 (en milliers d'EUR) - suite

Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	268.022	519.429	777.536	1.045.277	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	215.012	417.858	626.811	846.297	
c) Centres de soins de jour	3.457	6.788	10.250	13.843	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.242	149.678	215.801	281.847	
e) Prime syndicale	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	189	189	10.983	13.012	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	542	542	
Total	572.217	1.096.237	1.644.218	2.203.113	2.180.172
17. Fin de carrière	34.883	54.081	72.955	91.956	82.000
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	21.683	41.836	63.967	86.870	99.353
b) Initiatives d'habitation protégée	9.474	18.305	27.251	36.464	42.156
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	550	1.085	1.677	2.247	2.330
Total	31.707	61.226	92.895	125.581	143.839
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	113.104	232.538	347.220	474.632	513.851
20. Fond Spécial	4.024	8.220	10.164	18.995	14.412
21. Logopédie	18.085	36.918	51.348	70.045	67.729
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	6.168	12.171	18.565	26.247	26.183
24. Régularisations + Refacturation	-49.560	-77.491	-100.696	-125.452	-67.959
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	120.855	173.310	223.317	326.335	
b) MAF fiscal	0	0	0	0	
Total maximum à facturer	120.855	173.310	223.317	326.335	355.628
26. Patients chroniques	20.607	35.572	55.500	85.298	88.666
27. Soins palliatifs	3.450	7.174	9.939	10.466	11.823
28. Soins palliatifs (patient)	3.117	6.191	9.288	12.325	12.844
29. Matériel corporel humain	1.435	2.678	4.426	5.592	10.232
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes	128	242	383	518	485
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	85	190	271	365	
b) COMA	118	248	372	485	
c) Projets thérapeutiques	116	215	385	553	
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	319	653	1.028	1.403	2.614
32. Internés	8.871	13.735	19.722	36.379	32.170
33. Sevrage tabac	118	274	427	611	3.422
34. Circuit de soins psychiatriques	0	1.673	1.903	1.954	3.046

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 (en milliers d'EUR) - suite

Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Objectif
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	49.730
36. Fonds assuétudes	1.431	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38. Maisons médicales	17.497	35.922	53.787	73.335	69.991
39. SM/SLA/Huntington	1.085	2.433	3.777	5.117	8.227
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	26.981
41. Trajets de soins	0	0	0	0	4.518
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0	0	4.240
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0	0	5.385
44. Maladies rares	0	0	0	0	0
45. Accord social	0	0	0	0	0
46. Divers	414	1.873	2.289	9.789	59.619
- Affectation fonds d'avenir					294.189
- Initiatives 2010 BMF					33.859
- Contributions sécurité sociale équilibre					350.000
Total	0	0	0	0	678.048
Total général	5.743.071	11.365.173	16.928.056	22.823.459	24.249.164

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	282.198	578.491			
b) Imagerie médicale	265.925	548.189			
c) Consultations, visites et avis	481.137	921.764			
d) Prestations spéciales	295.200	599.227			
e) Chirurgie	267.290	539.713			
f) Gynécologie	22.858	45.751			
g) Surveillance	91.284	184.835			
h) Forfait accréditation médecins	3.180	3.180			
i) Forfait dossier médical	0	0			
j) Forfait télématique	46	6.181			
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0			
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	4.924	33.832			
m) Fonds d'impulsion	906	3.004			
n) Soutien de la pratique médecine générale	430	542			
Total médecins	1.715.378	3.464.709	0	0	7.110.317
2. a) Honoraires dentaires	198.154	388.839			797.272
b) Forfait accréditation	7	12			13.198
Total dentistes	198.161	388.851	0	0	810.470
3. Prestations pharmaceutiques	1.091.498	2.187.393			4.295.729
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	269.534	542.800			1.128.320
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.639	11.295			20.006
6. Soins par kinésithérapeutes	159.486	316.575			585.715
7. Soins par bandagistes	58.879	123.040			261.062
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	137.405	273.121			677.402
10. Soins par opticiens	6.589	12.397			30.085
11. Soins par audiciens	11.962	24.057			45.988
12. Accouchements par accoucheuses	3.846	7.541			15.737
13. Prix de la journée d'entretien	1.216.571	2.465.321			5.120.839
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	51.959	107.264			213.069
Transport	0	0			238
Total	1.268.530	2.572.585	0	0	5.334.146
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.278	5.205			7.667
15. Dialyse					
a) Médecins	35.638	71.437			149.630
b) Forfait dialyse rénale	32.692	65.673			140.214
c) A domicile, dans un centre	25.795	51.448			106.447
d) Dialyse de nuit	0	0			0
Total dialyse	94.125	188.558	0	0	396.291

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	296.122	580.949			
b) Maisons de repos pour personnes âgées	220.883	427.173			
c) Centres de soins de jour	3.773	7.677			
d) Harmonisation salariale personnel MRS	76.257	144.467			
e) Prime syndicale	2.341	2.341			
f) Renouvellements de soins (art. 56)	5.048	7.309			
g) Centres de jour palliatifs	0	0			
Total	604.424	1.169.916	0	0	2.367.070
17. Fin de carrière	34.469	55.688			97.155
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	22.934	46.475			106.370
b) Initiatives d'habitation protégée	9.268	18.349			41.201
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	590	1.260			2.634
Total	32.792	66.084	0	0	150.205
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	115.340	243.652			561.805
20. Fond Spécial	5.367	8.483			17.643
21. Logopédie	19.587	39.551			72.903
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0			0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.597	14.324			25.904
24. Régularisations + Refacturation	-40.299	-65.669			-71.017
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	125.352	160.709			379.760
b) MAF fiscal	0	0			
Total maximum à facturer	125.352	160.709	0	0	379.760
26. Patients chroniques	20.769	35.658			96.927
27. Soins palliatifs	3.567	7.668			12.422
28. Soins palliatifs (patient)	3.254	6.344			20.092
29. Matériel corporel humain	1.207	2.583			8.980
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes	121	235			526
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	127	225			568
b) COMA	119	247			783
c) Projets thérapeutiques	134	263			1.335
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	380	735	0	0	2.686
32. Internés	4.889	5.070			32.620
33. Sevrage tabac	224	430			2.535
34. Circuit de soins psychiatriques	58	1.248			3.828

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
35. Provision de stabilité	0	0			50.000
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000			3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0			0
38. Maisons médicales	19.498	41.040			84.896
39. SM/SLA/Huntington	1.408	3.239			8.563
40. Patients chroniques extra	0	0			9.069
41. Trajets de soins	0	0			0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0			0
43. Fonds d'indemnisation	0	0			12.507
44. Maladies rares	0	0			2.964
45. Accord social	0	0			17.930
46. Divers	1.297	1.480			30.821
- Affectation fonds d'avenir					0
- Initiatives 2010 BMF					0
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					55.147
- Contributions sécurité sociale équilibre					1.093.460
Total	0	0	0	0	1.148.607
Total général	5.992.611	11.919.595	0	0	25.869.336

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2009 - 2010 en %				
Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	11,7	6,8	1,0	-2,9
b) Imagerie médicale	6,3	2,6	0,5	-0,3
c) Consultations, visites et avis	6,8	6,1	6,2	7,5
d) Prestations spéciales	2,7	2,9	2,4	2,7
e) Chirurgie	3,9	2,2	3,0	3,2
f) Gynécologie	1,4	-0,4	-0,6	0,3
g) Surveillance	6,7	3,7	3,7	3,7
h) Forfait accréditation médecins	-31,5	-66,6	-15,5	-9,9
i) Forfait dossier médical	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
j) Forfait télématique	60,0	9,2	6,0	6,6
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	187,7	47,2	-9,0	-16,1
m) Fonds d'impulsion	-22,7	-15,6	-26,4	-13,5
n) Soutien de la pratique médecine générale	0,0	263,2	105,0	26,4
Total médecins	6,1	6,6	6,9	8,2
2. a) Honoraires dentaires	4,5	5,0	4,1	3,0
b) Forfait accréditation	250,0	100,0	7,1	7,5
Total dentistes	4,5	5,0	4,2	3,1
3. Prestations pharmaceutiques	0,3	1,4	2,5	3,1
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Frais spécifiques services soins à domicile	11,6	11,6	6,7	7,0
6. Soins par kinésithérapeutes	9,9	10,3	8,8	9,1
7. Soins par bandagistes	6,7	9,1	9,9	7,7
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	5,3	3,9	5,9	6,2
10. Soins par opticiens	1,2	2,5	2,4	1,1
11. Soins par audiciens	22,4	16,3	13,1	11,9
12. Accouchements par accoucheuses	7,9	9,9	7,7	7,2
13. Prix de la journée d'entretien	-0,7	-0,2	1,2	2,7
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	1,0	1,4	2,1	2,6
Total	-0,6	-0,1	1,2	2,7
14. Hôpital militaire - prix all-in	39,5	-49,8	-10,3	-19,7
15. Dialyse				
a) Médecins	3,7	2,3	1,0	2,8
b) Forfait dialyse rénale	2,9	2,5	0,3	1,8
c) A domicile, dans un centre	6,6	8,3	2,8	5,1
d) Dialyse de nuit	0,0	0,0	0,0	0,0
Total dialyse	4,2	4,0	1,2	3,1

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2009 - 2010 en % - suite				
Libellé	<u>2010.1</u>	<u>2010.2</u>	<u>2010.3</u>	<u>2010.4</u>
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	14,9	11,7	11,0	10,6
b) Maisons de repos pour personnes âgées	3,3	1,0	0,6	1,1
c) Centres de soins de jour	11,8	12,7	10,0	8,4
d) Harmonisation salariale personnel MRS	2,2	5,1	6,1	6,6
e) Prime syndicale	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0,0	21,2	6.940,4	6.642,0
g) Centres de jour palliatifs	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	8,3	6,5	6,8	6,8
17. Fin de carrière	17,8	17,7	16,9	16,5
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	1,2	0,0	0,8	1,2
b) Initiatives d'habitation protégée	7,8	4,8	2,7	2,0
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	16,3	12,9	12,6	13,1
Total	3,3	1,6	1,5	1,6
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	5,5	5,8	6,1	6,4
20. Fond Spécial	-3,2	43,3	51,6	68,8
21. Logopédie	9,3	8,5	8,2	7,6
22. Centres médicaux-pédiatriques	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	83,5	71,1	49,3	39,3
24. Régularisations + Refacturation	321,0	47,2	31,9	20,1
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	29,4	19,0	12,7	6,8
b) MAF fiscal	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Total maximum à facturer	29,9	19,6	13,4	7,3
26. Patients chroniques	19,5	9,7	5,5	6,4
27. Soins palliatifs	3,1	3,0	6,5	3,1
28. Soins palliatifs (patient)	11,2	6,3	6,0	5,1
29. Matériel corporel humain	-12,7	-3,4	14,5	-3,6
30. Equipes multidisciplinaires voitures	20,8	19,8	20,1	10,9
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-30,3	-12,8	-13,7	-9,0
b) COMA	5,4	1,6	3,3	-1,6
c) Projets thérapeutiques	-48,7	-48,9	-31,7	-29,4
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-30,7	-26,0	-17,0	-16,3

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2009 - 2010 en % - suite

Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
32. Internés	13.547,7	298,6	29,9	37,4
33. Sevrage tabac	11.700,0	27.300,0	21.250,0	1.122,0
34. Circuit de soins psychiatriques	-100,0	-14,5	-2,7	-3,1
35. Provision de stabilité	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds assuétudes	0,0	0,0	1.182,1	343,8
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Maisons médicales	13,8	12,8	10,4	11,2
39. SM/SLA/Huntington	0,0	61,1	93,5	78,9
40. Patients chroniques extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Trajets de soins	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds d'indemnisation	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Divers	-63,8	-17,3	-11,0	31,9
Total général	3,7	3,2	3,2	3,2

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en %				
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-7,4	-4,1	-100,0	-100,0
b) Imagerie médicale	-0,7	0,7	-100,0	-100,0
c) Consultations, visites et avis	5,5	5,0	-100,0	-100,0
d) Prestations spéciales	0,8	2,1	-100,0	-100,0
e) Chirurgie	4,3	5,2	-100,0	-100,0
f) Gynécologie	2,9	3,2	-100,0	-100,0
g) Surveillance	0,3	3,4	-100,0	-100,0
h) Forfait accréditation médecins	11,3	11,2	-100,0	-100,0
i) Forfait dossier médical	0,0		0,0	0,0
j) Forfait télématique	475,0	0,3	-100,0	-100,0
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0		0,0	0,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	-64,1	73,4	-100,0	-100,0
m) Fonds d'impulsion	-31,4	-14,3	-100,0	-100,0
n) Soutien de la pratique médecine générale	-55,3	-62,6	-100,0	-100,0
Total médecins	0,3	2,5	-100,0	-100,0
2. a) Honoraires dentaires	3,9	2,0	-100,0	-100,0
b) Forfait accréditation	0,0	-14,3	-100,0	-100,0
Total dentistes	3,9	2,0	-100,0	-100,0
3. Prestations pharmaceutiques	4,0	4,0	-100,0	-100,0
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	4,9	3,6	-100,0	-100,0
5. Frais spécifiques services soins à domicile	14,8	21,8	-100,0	-100,0
6. Soins par kinésithérapeutes	6,5	5,1	-100,0	-100,0
7. Soins par bandagistes	8,7	7,5	-100,0	-100,0
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	7,0	7,2	-100,0	-100,0
10. Soins par opticiens	7,7	2,6	-100,0	-100,0
11. Soins par audiciens	4,6	10,2	-100,0	-100,0
12. Accouchements par accoucheuses	12,3	8,2	-100,0	-100,0
13. Prix de la journée d'entretien	8,4	8,8	-100,0	-100,0
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	8,8	10,1	-100,0	-100,0
Transport	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Total	8,4	8,9	-100,0	-100,0
14. Hôpital militaire - prix all-in	64,2	148,9	-100,0	-100,0

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en % - suite				
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
15. Dialyse				
a) Médecins	3,4	5,4	-100,0	-100,0
b) Forfait dialyse rénale	2,5	4,0	-100,0	-100,0
c) A domicile, dans un centre	2,2	4,6	-100,0	-100,0
d) Dialyse de nuit	0,0		0,0	0,0
Total dialyse	2,8	4,7	-100,0	-100,0
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	10,5	11,8	-100,0	-100,0
b) Maisons de repos pour personnes âgées	2,7	2,2	-100,0	-100,0
c) Centres de soins de jour	9,1	13,1	-100,0	-100,0
d) Harmonisation salariale personnel MRS	-8,4	-3,5	-100,0	-100,0
e) Prime syndicale	2,0	2,0	-100,0	-100,0
f) Renouvellements de soins (art. 56)	2.570,9	3.767,2	-100,0	-100,0
g) Centres de jour palliatifs	0,0		-100,0	-100,0
Total	5,6	6,7	-100,0	-100,0
17. Fin de carrière	-1,2	3,0	-100,0	-100,0
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	5,8	11,1	-100,0	-100,0
b) Initiatives d'habitation protégée	-2,2	0,2	-100,0	-100,0
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	7,3	16,1	-100,0	-100,0
Total	3,4	7,9	-100,0	-100,0
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	2,0	4,8	-100,0	-100,0
20. Fond Spécial	33,4	3,2	-100,0	-100,0
21. Logopédie	8,3	7,1	-100,0	-100,0
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0		0,0	0,0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	23,2	17,7	-100,0	-100,0
24. Régularisations + Refacturation	-18,7	-15,3	-100,0	-100,0
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	3,7	-7,3	-100,0	-100,0
b) MAF fiscal	0,0		0,0	0,0
Total maximum à facturer	3,7	-7,3	-100,0	-100,0
26. Patients chroniques	0,8	0,2	-100,0	-100,0
27. Soins palliatifs	3,4	6,9	-100,0	-100,0

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en % - suite				
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
28. Soins palliatifs (patient)	4,4	2,5	-100,0	-100,0
29. Matériel corporel humain	-15,9	-3,5	-100,0	-100,0
30. Equipes multidisciplinaires voitures	-5,5	-2,9	-100,0	-100,0
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	49,4	18,4	-100,0	-100,0
b) COMA	0,8	-0,4	-100,0	-100,0
c) Projets thérapeutiques	15,5	22,3	-100,0	-100,0
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	19,1	12,6	-100,0	-100,0
32. Internés	-44,9	-63,1	-100,0	-100,0
33. Sevrage tabac	89,8	56,9	-100,0	-100,0
34. Circuit de soins psychiatriques	0,0	-25,4	-100,0	-100,0
35. Provision de stabilité	0,0		0,0	0,0
36. Fonds assuétudes	109,6	0,0	-100,0	-100,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0,0		0,0	0,0
38. Maisons médicales	11,4	14,2	-100,0	-100,0
39. SM/SLA/Huntington	29,8	33,1	-100,0	-100,0
40. Patients chroniques extra	0,0		0,0	0,0
41. Trajets de soins	0,0		0,0	0,0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0,0		0,0	0,0
43. Fonds d'indemnisation	0,0		0,0	0,0
44. Maladies rares	0,0			
45. Accord social	0,0			
46. Divers	213,3	-21,0	-100,0	-100,0
Total général	4,3	4,9	-100,0	-100,0

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2011 dans l'objectif 2011				
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Imagerie médicale	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Consultations, visites et avis	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Prestations spéciales	0,0	0,0	0,0	0,0
e) Chirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Gynécologie	0,0	0,0	0,0	0,0
g) Surveillance	0,0	0,0	0,0	0,0
h) Forfait accréditation médecins	0,0	0,0	0,0	0,0
i) Forfait dossier médical	0,0	0,0	0,0	0,0
j) Forfait télématique	0,0	0,0	0,0	0,0
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	0,0	0,0	0,0	0,0
m) Fonds d'impulsion	0,0	0,0	0,0	0,0
n) Soutien de la pratique médecine générale	0,0	0,0	0,0	0,0
Total médecins	24,1	48,7	0,0	0,0
2. a) Honoraires dentaires	24,9	48,8	0,0	0,0
b) Forfait accréditation	0,1	0,1	0,0	0,0
Total dentistes	24,5	48,0	0,0	0,0
3. Prestations pharmaceutiques	25,4	50,9	0,0	0,0
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	23,9	48,1	0,0	0,0
5. Frais spécifiques services soins à domicile	53,2	56,5	0,0	0,0
6. Soins par kinésithérapeutes	27,2	54,0	0,0	0,0
7. Soins par bandagistes	22,6	47,1	0,0	0,0
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	20,3	40,3	0,0	0,0
10. Soins par opticiens	21,9	41,2	0,0	0,0
11. Soins par audiciens	26,0	52,3	0,0	0,0
12. Accouchements par accoucheuses	24,4	47,9	0,0	0,0
13. Prix de la journée d'entretien	23,8	48,1	0,0	0,0
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	24,4	50,3	0,0	0,0
Transport	0,0	0,0		
Total	23,8	48,2	0,0	0,0
14. Hôpital militaire - prix all-in	29,7	67,9	0,0	0,0

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2011 dans l'objectif 2011 - suite				
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
15. Dialyse	0,0		0,0	0,0
a) Médecins	23,8	47,7	0,0	0,0
b) Forfait dialyse rénale	23,3	46,8	0,0	0,0
c) A domicile, dans un centre	24,2	48,3	0,0	0,0
d) Dialyse de nuit	0,0		0,0	0,0
Total dialyse	23,8	47,6	0,0	0,0
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours	0,0	0,0	0,0	0,0
a) Maisons de repos et de soins	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Maisons de repos pour personnes âgées	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Centres de soins de jour	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Harmonisation salariale personnel MRS	0,0	0,0	0,0	0,0
e) Prime syndicale	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0,0	0,0	0,0	0,0
g) Centres de jour palliatifs	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	25,5	49,4	0,0	0,0
17. Fin de carrière	35,5	57,3	0,0	0,0
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	21,6	43,7	0,0	0,0
b) Initiatives d'habitation protégée	22,5	44,5	0,0	0,0
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	22,4	47,8	0,0	0,0
Total	21,8	44,0	0,0	0,0
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	20,5	43,4	0,0	0,0
20. Fond Spécial	30,4	48,1	0,0	0,0
21. Logopédie	26,9	54,3	0,0	0,0
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0		0,0	0,0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	29,3	55,3	0,0	0,0
24. Régularisations + Refacturation	56,7	92,5	0,0	0,0
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	33,0	42,3	0,0	0,0
b) MAF fiscal	0,0		0,0	0,0
Total maximum à facturer	33,0	42,3	0,0	0,0
26. Patients chroniques	21,4	36,8	0,0	0,0
27. Soins palliatifs	28,7	61,7	0,0	0,0
28. Soins palliatifs (patient)	16,2	31,6	0,0	0,0
29. Matériel corporel humain	13,4	28,8	0,0	0,0

Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes	23,0	44,7	0,0	0,0
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	22,4	39,6	0,0	0,0
b) COMA	15,2	31,5	0,0	0,0
c) Projets thérapeutiques	10,0	19,7	0,0	0,0
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	14,1	27,4	0,0	0,0
32. Internés	15,0	15,5	0,0	0,0
33. Sevrage tabac	8,8	17,0	0,0	0,0
34. Circuit de soins psychiatriques	1,5	32,6	0,0	0,0
35. Provision de stabilité	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds assuétudes	100,0	100,0	0,0	0,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0,0		0,0	0,0
38. Maisons médicales	23,0	48,3	0,0	0,0
39. SM/SLA/Huntington	16,4	37,8	0,0	0,0
40. Patients chroniques extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Trajets de soins			0,0	0,0
42. Solidarité chapitre IV hors indication			0,0	0,0
43. Fonds d'indemnisation	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Maladies rares	0,0	0,0		
45. Accord social	0,0	0,0		
46. Divers	4,2	4,8	0,0	0,0
Total général	23,2	46,1	0,0	0,0

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs

Libellé	Septembre 2010 (1)	Décembre 2010 (2)	Mars 2011 (3)	Juin 2011 (4)
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	6,14	-2,94	-7,30	-7,93
b) Imagerie médicale	2,82	-0,35	-1,97	-1,25
c) Consultations, visites et avis	4,29	-0,09	0,79	1,57
d) Prestations spéciales	3,92	2,69	2,21	2,26
e) Chirurgie	4,38	3,18	3,29	4,71
f) Gynécologie	1,88	0,32	0,72	2,10
g) Surveillance	6,22	3,73	2,10	3,60
h) Forfait accréditation médecins	-0,09	-9,88	0,65	45,09
i) Forfait dossier médical	-100,00	-100,00		
j) Forfait télématique	6,04	6,56	7,14	-1,69
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	-21,25	-16,12	-52,66	5,53
m) Fonds d'impulsion	-13,42	-13,46	-14,40	-12,75
n) Soutien de la pratique médecine générale	14,27	26,41	9,60	5,09
Total médecins	4,19	0,43	-0,81	0,15
2. a) Honoraires dentaires	5,22	2,99	2,86	1,48
b) Forfait accréditation	3,00	7,53	7,48	7,45
Total dentistes	5,18	3,05	2,93	1,56
3. Prestations pharmaceutiques	2,78	3,14	4,09	4,41
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	6,03	6,40	5,55	4,60
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,68	7,02	8,86	12,42
6. Soins par kinésithérapeutes	7,33	5,64	5,26	4,67
7. Soins par bandagistes	11,46	11,19	10,74	9,53
8. Soins par orthopédistes	8,88	5,23	6,36	5,14
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	5,68	6,24	6,67	7,88
10. Soins par opticiens	5,18	1,10	2,87	1,19
11. Soins par audiciens	13,65	11,91	7,49	9,07
12. Accouchements par accoucheuses	9,81	7,19	8,28	6,47
13. Prix de la journée d'entretien	0,67	2,68	4,95	7,22
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	5,27	2,61	4,49	6,91
Transport				
Total	0,86	2,68	4,93	7,20

(1) Septembre 2010 = (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009) / (9 premiers mois 2009 + 3 derniers mois 2008)
(2) Décembre 2010 = (12 mois 2010) / (12 mois 2009)
(3) Mars 2011 = (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) / (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009)
(4) Juin 2011 = (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) / (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Septembre	Décembre	Mars	Juin
	2010 (1)	2010 (2)	2011 (3)	2011 (4)
14. Hôpital militaire - prix all-in	-0,71	-19,69	-13,03	57,62
15. Dialyse				
a) Médecins	3,39	2,77	2,71	3,11
b) Forfait dialyse rénale	2,58	1,84	1,75	2,08
c) A domicile, dans un centre	5,47	5,15	4,05	3,81
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	3,66	3,08	2,74	2,94
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	11,37	10,56	9,50	9,62
b) Maisons de repos pour personnes âgées	0,69	1,06	0,94	0,85
c) Centres de soins de jour	11,45	8,39	7,78	4,91
d) Harmonisation salariale personnel MRS	-9,85	6,64	3,30	0,94
e) Prime syndicale	0,00	0,00	2,00	2,00
f) Renouvellements de soins (art. 56)	6.964,10	6.641,97	4.578,27	230,47
g) Centres de jour palliatifs				
Total	4,47	6,82	6,12	5,57
17. Fin de carrière	17,44	16,49	8,70	7,12
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	2,37	1,15	2,30	6,90
b) Initiatives d'habitation protégée	4,54	2,05	-0,43	1,81
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	11,61	13,14	10,86	7,10
Total	3,14	1,60	1,64	5,42
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	7,14	6,35	5,46	5,19
20. Fond Spécial	79,94	68,77	82,85	35,01
21. Logopédie	9,49	7,64	7,40	6,73
22. Centres médicaux-pédiatriques	-100,00	-100,00		
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	59,18	39,32	27,86	17,74
24. Régularisations + Refacturation	29,50	20,10	-18,32	-11,05
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	16,52	6,78	-0,68	-6,80
b) MAF fiscal	-83,72	-100,00	-100,00	-100,00
Total maximum à facturer	17,01	7,27	-0,37	-6,64

(1) Septembre 2010 = (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009) / (9 premiers mois 2009 + 3 derniers mois 2008)

(2) Décembre 2010 = (12 mois 2010) / (12 mois 2009)

(3) Mars 2011 = (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) / (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009)

(4) Juin 2011 = (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) / (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Septembre 2010 (1)	Décembre 2010 (2)	Mars 2011 (3)	Juin 2011 (4)
26. Patients chroniques	6,53	6,41	2,32	2,49
27. Soins palliatifs	5,79	3,07	3,17	5,79
28. Soins palliatifs (patient)	9,59	5,07	3,48	3,14
29. Matériel corporel humain	9,86	-3,60	-4,09	-3,68
30. Equipes multidisciplinaires voitures	24,94	10,92	4,50	0,79
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-9,37	-8,98	11,81	7,24
b) COMA	10,75	-1,62	-2,61	-2,62
c) Projets thérapeutiques	-14,57	-29,37	-15,16	4,16
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-5,84	-16,34	-4,69	2,63
32. Internés	16,41	37,45	-8,16	-24,60
33. Sevrage tabac	15.733,33	1.122,00	329,34	137,46
34. Circuit de soins psychiatriques	-12,25	-3,08	5,40	-11,77
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	1.370,94	343,79	116,85	-18,39
37. Montants de rattrapage hôpitaux	-100,00			
38. Maisons médicales				
39. SM/SLA/Huntington	140,01	78,92	37,90	56,57
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social				
46. Divers	91,01	31,89	59,45	33,64
Total général	3,50	3,16	3,33	4,00

(1) Septembre 2010 = (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009) / (9 premiers mois 2009 + 3 derniers mois 2008)

(2) Décembre 2010 = (12 mois 2010) / (12 mois 2009)

(3) Mars 2011 = (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) / (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009)

(4) Juin 2011 = (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) / (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009)

8^e Partie

Bibliographie

