

# Sommaire

1 <sup>re</sup> Partie - Études <sup>1</sup>	5
L'étranger en qualité de titulaire dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, par P. Breyne	6
2 <sup>e</sup> Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	55
4 <sup>e</sup> trimestre 2010	56
3 <sup>e</sup> Partie - Jurisprudence	73
I. Conseil d'État, section contentieux administratif, arrêt n° 209.282 du 29 novembre 2010 Code judiciaire, articles 2, 828 et suivants Loi du 14 juillet 1994, article 145 Évaluation et contrôle médical - Chambre de recours - Mode de présentation des membres - Fonction juridictionnelle - Impartialité	74
II. Conseil d'État, section contentieux administratif, arrêt n° 211.299 du 16 février 2011 Code judiciaire, article 828 Loi du 14 juillet 1994, articles 142-143, 146 et 154-155 Évaluation et contrôle médical - Chambre de recours - Médecins conseils - Impartialité - Fonction juridictionnelle	76
III. Conseil d'État, arrêt n° 211.893 du 10 mars 2011 Loi du 14 juillet 1994, article 56 <sup>ter</sup> Montants de référence - Décision de l'INAMI - Recours administratif Comité de l'assurance - Irrecevabilité du recours	85
IV. Cour constitutionnelle, arrêt n° 51/2011 du 6 avril 2011 Code civil, article 2277 <sup>bis</sup> Loi du 14 juillet 1994, article 174 Établissements de soins - Action menée à l'encontre d'un patient - Prescription - Interruption - Pas de différence de traitement - Action organismes assureurs	85
V. Cour de Cassation du 14 février 2011 Code judiciaire, article 1138, 2° Principe de l'autonomie des parties - Interdiction de statuer ultra petita - Ordre public	90

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

VI. Cour du travail de Liège, 10 mars 2011 Loi du 14 juillet 1994, article 100 Incapacité de travail - État antérieur - Aggravation des lésions - Groupe de professions	92
--	----

VII. Cour du travail d'Anvers, section d'Anvers, 8 mars 2011 Code judiciaire, article 1022 - A.R. du 3 juillet 1996, articles 122, § 3 et 147, § 3 Centre d'hébergement et de soins - Intervention forfaitaire - Contestation des catégories de dépendance - Litige non évaluable en argent - Indemnité de procédure	94
---	----

## 4<sup>e</sup> Partie - Questions et réponses parlementaires 97

I. Maladie de Huntington Maladies chroniques - Allocation forfaitaire - Intervention majorée - Maximum à facturer	98
---	----

II. Invalidité Politique de réinsertion socioprofessionnelle	100
---	-----

III. Assurance indemnités Reprise partielle des activités - Traitement différent des travailleurs salariés et indépendants - Chiffres pour 2009 et 2010	102
---	-----

## 5<sup>e</sup> Partie - Directives 107

Prolongation des droits des indépendants en incapacité de travail	108
---	-----

## 6<sup>e</sup> Partie - Données de base 109

I. Statuts BIM - Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, §1 <sup>er</sup> , 5° et 6°) à partir du 1 <sup>er</sup> mai 2011	110
---	-----

II. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3° al., A.R. du 03.07.1996) Résidents, indexation et moyenne annuelle	110
---	-----

III. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus	112
--	-----

IV. Prime de rattrapage après un an d'incapacité de travail Régime général et régime indépendant	113
---	-----

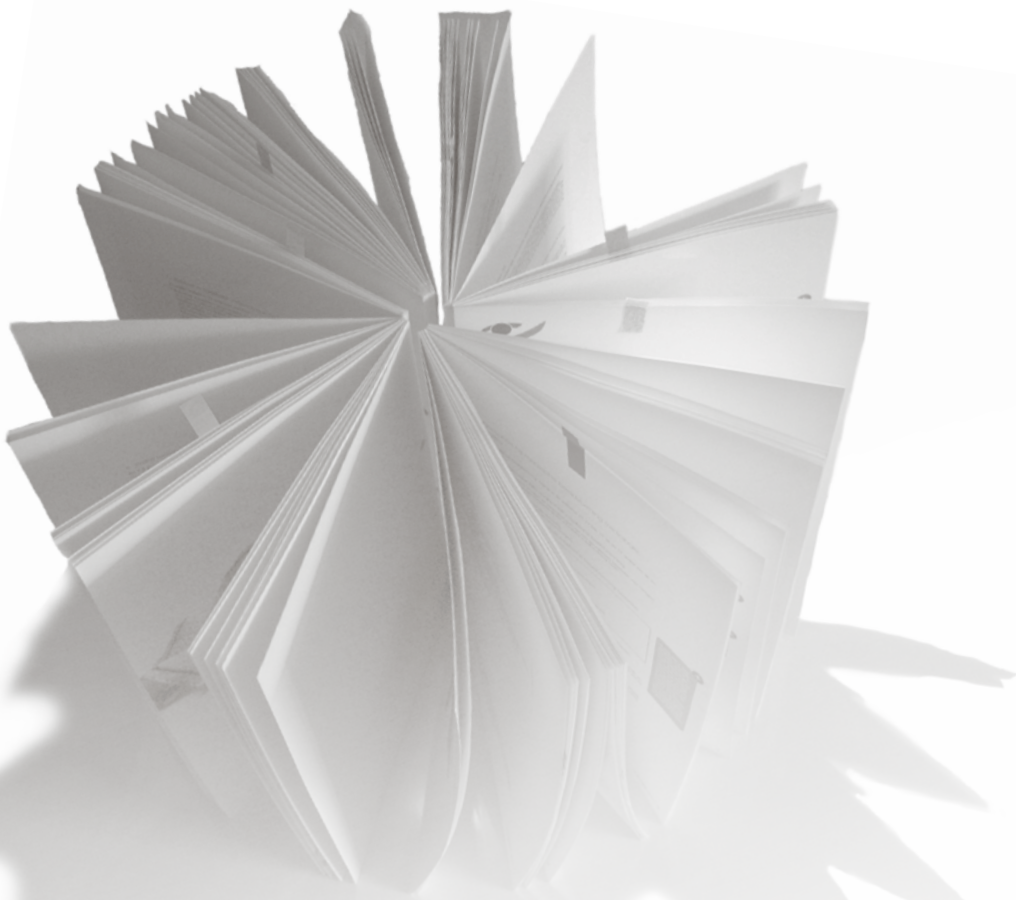
V. Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2011 - Calcul du complément de cotisation	113
--	-----

VI. Tarifs et remboursements des prestations de santé	116
---	-----

7 <sup>e</sup> Partie - Statistiques	119
Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - Année 2010	120
8 <sup>e</sup> Partie - Bibliographie	141
Évolutions de la sécurité sociale 2006-2011 (Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2006-2011)	142
9 <sup>e</sup> Partie - Prix des publications	143
Publications de l'INAMI et tarifs pour 2011	144
 Enquête	149

# 1<sup>re</sup> Partie

## Études



# L'étranger en qualité de titulaire dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé

Par Pascal Breyne, attaché, Direction Affaires juridiques et accessibilité

## I. Introduction

L'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 15<sup>o</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après la loi SSI), a été introduit par l'arrêté royal du 25 avril 1997.

Avec l'introduction de cet article de loi, c'est la première fois que la législation concernée fait expressément référence aux étrangers présents sur le territoire belge, dans le cadre de l'accessibilité de l'assurance obligatoire soins de santé.

Toutefois, la disposition de loi visée s'est vite révélée "un enfant à problème".

Quelques mois à peine après la publication de l'arrêté royal précité au Moniteur belge, l'Office des étrangers adresse une lettre<sup>1</sup> à l'INAMI, dans laquelle il mentionne que la disposition légale présente des carences.

D'une part, la disposition tiendrait compte de manière erronée de la dualité importante dans le droit de séjour entre une autorisation de séjour et une admission au séjour. Et d'autre part, la disposition légale, qui évoque une autorisation de séjour de plus de six mois, ne cadrerait pas avec la législation sur les étrangers, laquelle définit le court ou le long séjour comme un séjour de moins ou de plus de trois mois.

L'Office des étrangers (O.E.) en conclut dès lors que le but visé par cette disposition légale n'est pas atteint. Une interprétation correcte de la disposition légale dans le cadre de la législation sur les étrangers supposerait plus spécifiquement que les étrangers admis au séjour par le biais de la procédure de regroupement familial soient exclus de l'assurance obligatoire soins de santé.

Outre ce problème, la législation sur les étrangers a subi de profondes modifications depuis l'introduction de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 15<sup>o</sup> de la loi SSI (et de l'art.128<sup>quinquies</sup> de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI (ci-après A.R. du 03.07.1996) par l'A.R. du 29.12.1997), avec pour conséquence que les deux dispositions étaient de toute façon dépassées.

Le présent ouvrage décrit sur base de la version actuelle des deux articles précités quels étrangers sont titulaires de l'assurance obligatoire soins de santé. En espérant que ce document pourra être l'amorce d'une réforme des textes réglementaires concernés.



Abréviations couramment utilisées :

A.R.E. = Arrêté royal sur les étrangers

C.N.B. = Code de la nationalité belge

C.P. = Code pénal

CGE = Conseil du contentieux des étrangers

C.E. = Communauté européenne

CGRA = Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides

CIIS = Conférence interministérielle de l'intégration sociale

CIRE = Certificat

d'inscription au registre des étrangers

EEE = Espace économique européen

L.E. = Loi sur les étrangers

O.A. = Organisme assureur

O.E. = Office des étrangers

U.E. = Union européenne

Les annexes mentionnées sont des annexes à l'arrêté royal sur les étrangers

1. Lettre du 12.08.1997 du Directeur général de l'O.E. adressée au Service des soins de santé de l'INAMI.

## II. Aperçu historique<sup>2</sup>

Avant d'examiner le texte de loi actuel concernant les étrangers en tant que titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, attardons nous quelque peu sur le passé et plus précisément sur la genèse de l'article 32, alinéa premier, 15° de la loi SSI et de l'article 128<sup>quinquies</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

L'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs introduit un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. Dans ses débuts, l'assurance obligatoire maladie et invalidité apparaît comme un régime d'assurance purement social, réservé à une catégorie professionnelle déterminée, à savoir les travailleurs (et les membres de leur famille).

Suite à la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité<sup>3</sup>, l'assurance obligatoire maladie et invalidité est scindée sur le plan de la gestion en une assurance obligatoire soins de santé et une assurance contre l'incapacité de travail. À cette occasion, le Roi reçoit le pouvoir d'élargir le champ d'application de l'assurance obligatoire soins de santé à un nombre important de catégories de la population<sup>4</sup>, en ce compris à des catégories de personnes qui n'ont aucun lien avec une activité professionnelle.

Ce qui débouche entre autre sur l'introduction du régime de soins de santé pour les personnes non encore protégées, par l'arrêté royal du 28 juin 1969 étendant le champ d'application de l'assurance obligatoire soins de santé aux personnes non encore protégées, lequel doit être considéré comme le précurseur de l'actuel article 32, alinéa premier, 15° de la loi SSI. Ce régime<sup>5</sup>, résiduaire<sup>6</sup>, est introduit comme filet de sauvetage de l'assurance obligatoire soins de santé et s'ouvre à toute personne qui a son lieu de résidence principale en Belgique depuis au moins six mois. Ce faisant, l'assurance obligatoire soins de santé évolue d'un régime d'assurance purement social réservé à une catégorie professionnelle déterminée, à un régime d'assurance englobant quasiment toute la population belge.

Malgré un champ d'application universel, l'accès à l'assurance obligatoire soins de santé était encore toujours ressenti <sup>7</sup> comme problématique. Ainsi, le Rapport général sur la pauvreté plaidait en 1994 pour une généralisation réelle de l'assurance obligatoire soins de santé à toute personne qui séjourne légalement sur le territoire belge et plaidait donc, entre autre, pour l'abrogation de la condition de séjour préalable de 6 mois dans le régime des personnes non encore protégées<sup>8</sup>.

Un groupe de travail ad hoc constitué au sein de l'Institut national d'assurance maladie et invalidité, à savoir le Groupe de travail Assurabilité, a été chargé de mener une enquête sur la possibilité d'atteindre les objectifs du Rapport général sur la pauvreté.

2. D. Marcellis, 1945-1995 : Des tendances de l'évolution de l'assurance soins de santé, dans Cinquante ans de sécurité sociale ... et après?, Volume 4: Où va la santé?, Bruylant, Bruxelles, 1995, pp. 23-48.

3. Une trentaine d'années plus tard, après de profondes modifications et une coordination, cette loi s'est transformée pour donner finalement l'actuelle loi coordonnée du 14.07.1994.

4. Le nombre a même été stipulé par après dans la loi.

5. À côté du régime des personnes non encore protégées existaient également comme régimes résiduaire un régime pour les moins valides, un régime pour les étudiants de l'enseignement supérieur, un régime pour les membres d'une communauté religieuse et un régime pour les anciens fonctionnaires coloniaux.

6. On pouvait s'affilier à ce régime uniquement si on ne pouvait pas s'affilier à une autre assurance soins de santé belge ou étrangère ni adhérer à un autre régime de l'assurance belge obligatoire soins de santé.

7. Voir e.a. à ce sujet P. Hendrick, *ATD Vierde Wereld en de gezondheidsproblemen van haar leden*, dans F. Louckx, *De gevelarchitectuur van de welvaartsstaat*, VUB Press, Bruxelles, 1995, pp. 165-166.

8. Voir Note 96/9 Groupe de travail Assurabilité INAMI du 12.12.1996.

La tâche accomplie par ce groupe de travail a donné lieu à l'importante réforme de l'assurabilité introduite par l'arrêté royal du 25 avril 1997 portant des mesures visant à généraliser et assouplir l'accès au régime de l'assurance soins de santé, en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés, en exécution des articles 11, 2°, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions. L'assurance obligatoire soins de santé ne se composait plus désormais que de deux grands régimes, un régime général, avec couverture de tous les risques, et un régime propre aux indépendants et membres d'une communauté religieuse, avec couverture des gros risques de santé uniquement. Dans le cadre de cette réforme, l'intégration du régime résiduaire des personnes non encore protégées dans le régime général s'est concrétisée par l'ajout d'un 15° dans l'article 32, alinéa premier de la loi SSI. Contrairement au régime résiduaire précité, l'article 32, alinéa premier, 15° de la loi SSI ne part plus du lieu de séjour principal effectif en Belgique (à prouver par une inscription au Registre national ou pour les personnes sans adresse de référence, par tous les moyens de preuve reconnus comme tels par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI), mais il se base sur l'inscription au Registre national. La condition de séjour préalable de 6 mois est abrogée.

La large catégorie des personnes inscrites au Registre national conservait ici un caractère résiduaire limité, cette catégorie excluant: les indépendants et les membres d'une communauté religieuse, les personnes qui peuvent avoir droit en vertu d'un autre régime de soins de santé belge ou étranger et les étrangers qui ne sont pas admis de plein droit à un séjour de plus de trois mois en Belgique ou qui ne sont pas autorisés à s'établir ou à séjourner plus de six mois. Le Roi s'est vu confier la possibilité de prévoir des dérogations à ces exclusions.

Suite à cette possibilité de dérogation, l'arrêté royal du 29 décembre 1997 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en exécution de la loi SSI, qui introduisait un article 128quinquies dans l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, a été adopté.

L'article 32, alinéa premier, 15° de la loi SSI et l'article 128quinquies de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996 ont été modifiés une dernière fois suite à l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire soins de santé des indépendants par la loi du 26 mars 2007 et l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> juillet 2008.

### III. Réforme de la législation sur les étrangers<sup>9</sup>

La législation sur les étrangers a subi de profondes modifications au cours de la dernière décennie.

Ces modifications ont été induites par l'eupéanisation récente du droit d'asile et d'immigration, qui contraint la Belgique en tant qu'État membre de l'U.E. à mettre sa réglementation en conformité avec un certain nombre de directives et règlements européens.

En effet, en modifiant non seulement les structures, mais surtout aussi les compétences de l'Union européenne, le Traité d'Amsterdam, qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 1999, a permis que la collaboration européenne en matière d'asile et d'immigration prenne un nouveau départ. La politique d'asile et d'immigration a notamment été transférée vers le "premier pilier" et l'Union européenne acquiert ainsi des compétences dans ces domaines.

9. M.-C. FOBLETS et D. VANHEULE, *Anno 2006: de Belgische wetgever brengt het vreemdelingenrecht in lijn met de Europese regelgeving. Een tussentijdse stand van zaken*, RW 2006/2007, pp. 902-920 ; M.-C. FOBLETS, D. VANHEULE et S. BOUCKAERT, *De nieuwe asielwetgeving: het Belgische asielrecht kleurt Europees*, RW 2006/2007, pp. 942-957 ; ADDE, *Introduction à la réforme du droit des étrangers*, [www.adde.be](http://www.adde.be).

Diverses modifications ont également été apportées, indépendamment de toute directive ou de tout règlement européen.

Pour une bonne compréhension des modifications intervenues<sup>10</sup>, une distinction est faite entre la nouvelle procédure d'asile, d'une part, et les autres modifications de la législation sur les étrangers, d'autre part.

## 1. Procédure d'asile

L'année 2006 restera dans les annales du droit belge des étrangers comme une année mouvementée. Avec la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et la loi du 15 septembre 2006 réformant le Conseil d'État et créant un Conseil du contentieux des étrangers, le droit d'asile a connu la plus grande réforme des vingt dernières années.

Ces lois du 15 septembre 2006 sont des transpositions de ce que l'on appelle la directive de qualification 2004/83/CE<sup>11</sup> et la directive procédure 2005/85/CE<sup>12</sup> du Conseil.

La principale innovation apportée par la directive de qualification concerne indubitablement l'introduction du statut de protection subsidiaire. Jusqu'à l'entrée en vigueur de la modification de loi en date du 10 octobre 2006, seule une reconnaissance comme réfugié pouvait mener à un statut de séjour qui découle directement de la loi. Les personnes qui demandaient une protection pour d'autres motifs (autres que des persécutions du fait de la race, de la religion, de la nationalité, des opinions politiques et/ou de l'appartenance à un certain groupe social) ne pouvaient obtenir un droit de séjour que si le ministre de l'Intérieur, investi du pouvoir de décision discrétionnaire général d'accorder les autorisations de séjour, y donnait son assentiment. Depuis le 10 octobre 2006, les personnes qui ont besoin d'une protection subsidiaire, peuvent également obtenir un statut de séjour dans le cadre de la procédure d'asile.

L'article 48/4 de la L.E. stipule que le statut de protection subsidiaire est accordé *"à l'étranger qui ne peut être considéré comme un réfugié et qui ne peut pas bénéficier de l'article 9ter, et à l'égard duquel il y a de sérieux motifs de croire que, s'il était renvoyé dans son pays d'origine ou, dans le cas d'un apatride, dans le pays dans lequel il avait sa résidence habituelle, il encourrait un risque réel de subir les atteintes graves (...) et qui ne peut pas ou, compte tenu de ce risque, n'est pas disposé à se prévaloir de la protection de ce pays et ce, pour autant qu'il ne soit pas concerné par les clauses d'exclusion visées à l'article 55/4"*. Sont considérées comme des atteintes graves selon le paragraphe 2 de l'article *"a) la peine de mort ou l'exécution; ou b) la torture ou les traitements ou sanctions inhumains ou dégradants du demandeur dans son pays d'origine; ou c) les menaces graves contre la vie ou la personne d'un civil en raison d'une violence aveugle en cas de conflit armé interne ou international"*.

10. Seules les principales modifications de la législation sur les étrangers sont abordées. Un aperçu exhaustif de toutes les modifications n'aurait pas de valeur ajoutée dans le cadre du présent ouvrage.

11. Directive 2004/83/CE du Conseil du 29.04. 2004 concernant les normes minimales relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir prétendre au statut de réfugié ou les personnes qui, pour d'autres raisons, ont besoin d'une protection internationale.

12. Directive 2005/85/CE du Conseil du 01.12.2005 relative à des normes minimales concernant la procédure d'octroi et de retrait du statut de réfugié dans les États membres.



Suite à la directive procédure, la double procédure d'asile avec enquête de recevabilité (par l'Office des étrangers (ci-après O.E.) et le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides (ci-après CGRA) avec recours devant le Conseil d'État<sup>13</sup>) et enquête sur le bien-fondé (par le CGRA avec recours auprès de la Commission permanente de recours des réfugiés<sup>14</sup>) a été abrogée par les lois du 15 septembre 2006 et remplacée par une procédure d'asile indivisible, composée d'un volet administratif (devant le CGRA) et d'un volet juridictionnel (devant le Conseil du contentieux des étrangers avec recours en cassation auprès du Conseil d'État).

L'article 128quinquies de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, selon lequel *"les candidats réfugiés<sup>15</sup> dont la demande a été déclarée recevable par l'Office des étrangers ou par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides"* sont bénéficiaires des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé, est donc dépassé.

Dans la nouvelle procédure d'asile, d'application à partir du 1<sup>er</sup> juin 2007, le rôle de l'O.E. se limite désormais à constater l'identité et l'itinéraire du demandeur d'asile et à apprécier la responsabilité de la Belgique ou d'un autre État membre de l'U.E. à traiter la demande d'asile à la lumière des critères fixés par le Règlement de Dublin II. L'O.E. conserve également le pouvoir de faire écarter une demande d'asile répétée, si aucune nouvelle donnée n'est apportée.

L'enquête sur le bien-fondé de la demande d'asile relèvera dans un premier temps du CGRA. Contre la décision du CGRA, un recours est ensuite ouvert auprès du Conseil du contentieux des étrangers, dont les arrêts sont susceptibles de recours en cassation devant le Conseil d'État.

Outre l'introduction du statut de protection subsidiaire et la réforme de la procédure d'asile, on ne peut passer sous silence la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers, laquelle introduit l'aide matérielle pour les demandeurs d'asile, avec entre autre un accompagnement médical<sup>16</sup>. Cette loi est elle aussi la transposition d'une directive européenne, à savoir la directive d'accueil 2003/9/CE<sup>17</sup> du Conseil.

## 2. Autres modifications

Parallèlement à la procédure d'asile, quantité de nouveaux statuts de séjour ont été introduits au fil des ans dans la L.E. Par ailleurs, les statuts de séjour existants ont fait l'objet d'importantes modifications.

Le premier statut de séjour nouvellement introduit concerne la "protection temporaire en cas d'afflux massif de personnes déplacées". Il a été introduit par la loi du 28 mars 2003 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, qui transpose la Directive 2001/55/CE du Conseil du 20 juillet 2001 relative à des normes minimales pour l'octroi d'une protection temporaire en cas d'afflux massif de personnes déplacées et à des mesures tendant à assurer un équilibre entre les efforts consentis par les États membres pour accueillir ces personnes et supporter les conséquences de cet accueil.

13. Dans l'ancienne procédure d'asile, l'Office des Étrangers prenait d'abord une décision concernant la recevabilité de la demande d'asile. Si la demande d'asile était déclarée irrecevable, un recours urgent était ouvert auprès du CGRA. Enfin, contre une décision négative du CGRA, un recours en annulation était ouvert devant le Conseil d'État.

14. Dans l'ancienne procédure d'asile, lorsqu'une demande d'asile était déclarée recevable par l'O.E. ou par le CGRA après recours urgent, ce dernier tranchait sur le fond. Contre une décision négative sur le fond, un recours était ouvert auprès de la Commission permanente de recours des réfugiés.

15. Étant donné que depuis la modification de loi, une demande d'asile ne consiste plus uniquement en une demande de reconnaissance comme réfugié, mais aussi en une demande d'attribution du statut de protection subsidiaire, le terme "candidat réfugié" utilisé dans la L.E. a été volontairement remplacé par "demandeur d'asile".

16. Voir travail de stage J. HERNOULD, *"Accès aux soins de santé des demandeurs d'asile : problématique et piste de réforme"* sur la corrélation entre l'assurance soins de santé et l'aide matérielle aux demandeurs d'asile.

17. Directive 2003/9/CE du Conseil du 27.01.2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres.

L'objectif était de prévoir un mécanisme de protection temporaire, mis en œuvre sur une base solidaire par tous les États membres de l'U.E. lors de situations dans lesquelles des États membres de l'U.E. sont soudainement confrontés à un afflux massif de personnes déplacées, c'est-à-dire des personnes qui ont fui un conflit armé ou des violations généralisées des droits de l'homme et ne peuvent retourner dans des conditions sûres.

Si la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers a réformé le droit d'asile, elle a aussi transposé dans la législation belge la Directive 2003/86/CE du Conseil du 22 septembre 2003 relative au droit au regroupement familial et la Directive 2004/81/CE du Conseil du 29 avril 2004 relative au titre de séjour délivré aux ressortissants de pays tiers qui sont victimes de la traite des êtres humains ou ont fait l'objet d'une aide à l'immigration clandestine et qui coopèrent avec les autorités compétentes.

Suite à la première Directive, la L.E. fait désormais une distinction entre le regroupement familial avec un ressortissant d'un État tiers (soit un non-ressortissant de l'U.E.) ayant un droit de séjour illimité en Belgique et le regroupement familial avec un ressortissant d'un État tiers ayant un droit de séjour limité en Belgique. Il a été stipulé comme règle, dans ce contexte, que la situation de séjour de l'étranger qui arrive ultérieurement, est totalement harmonisée aux restrictions concernant le séjour du regroupant (= personne qui est rejointe)<sup>18</sup>.

La modification de loi a élargi le champ d'application du regroupement familial concernant les ressortissants d'un État tiers ayant un droit de séjour illimité en Belgique. Les réfugiés mineurs d'âge non accompagnés ont ainsi obtenu le droit d'être rejoints par leurs parents. De même, l'étranger qui est lié au regroupant par un partenariat enregistré conformément à la loi belge ou à une loi étrangère, qui vient le rejoindre et qui entretient avec ce regroupant une relation dûment attestée d'au moins un an, est désormais admis aussi au séjour<sup>19</sup>.

Pour éviter les mariages forcés, la limite d'âge imposée au regroupement familial avec un conjoint ou un partenaire a été portée à 21 ans, contre 18 ans précédemment, lorsque le lien conjugal est créé après l'arrivée en Belgique du (futur) partenaire venu de l'étranger. Autres durcissements: l'exclusion expresse de la procédure au regroupement familial pour les enfants issus d'un mariage polygame<sup>20</sup>, l'introduction d'un certain nombre de conditions matérielles telles que la possession d'une assurance soins de santé, le fait que le partenaire qui arrive par la suite n'obtienne une admission de séjour illimité qu'après trois ans de droit de séjour limité prolongeable -contre un an précédemment- et l'obligation d'introduire la demande à l'étranger en règle générale -avant, cela se faisait en Belgique- et seulement à titre d'exception en Belgique.

Par contre, l'interdiction dite de la "cascade" a été remplacée de manière beaucoup moins contraignante par un délai d'attente de deux ans pour l'étranger auquel le droit de séjour a été reconnu en qualité de conjoint ou de partenaire enregistré et qui, après décès du regroupant ou divorce ou rupture du partenariat, souhaite à son tour se faire rejoindre par un nouveau partenaire provenant de l'étranger.

Dans le cas d'un regroupement familial avec un ressortissant d'un État tiers ayant un droit de séjour limité en Belgique, les situations de regroupement familial avec un étudiant et de regroupement familial avec un ressortissant d'un État tiers ayant un droit de séjour limité en général sont désormais différenciées.

18. Les règles relatives au regroupement familial sont récemment soumises aux modifications de la loi du 08.07.2011 modifiant la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers en ce qui concerne les conditions dont est assorti le regroupement familial.

Cette loi, publiée au Moniteur belge du 12.09.2011, est entrée en vigueur le 22.09.2011. Cette dernière modification de la loi n'est pas prise en compte dans cet article.

19. Jusqu'alors, la base juridique de cette pratique était simplement une circulaire de l'O.E.

20. Ceci, pour éviter des situations dans lesquelles l'enfant serait admis au séjour, mais pas la mère de l'enfant.

Suite à la deuxième Directive, la pratique existante et basée sur une circulaire<sup>21</sup> de l'O.E. d'offrir une protection aux victimes de la traite des êtres humains, bénéficie à présent d'une base légale. Outre les victimes d'une infraction de traite des êtres humains au sens de l'article 433<sup>quinquies</sup> du Code pénal, les victimes de trafic d'êtres humains jouissent désormais aussi d'une protection, ce qui constitue une nouveauté. La loi du 15 septembre 2006 instaure un système par phase, sur base duquel l'étranger peut finalement obtenir un titre de séjour d'une durée indéterminée en échange d'une collaboration avec les autorités judiciaires.

Le gouvernement a également profité de l'opération de transposition précitée pour modifier l'article 9, alinéa trois de la L.E. Cette disposition permettait dans la pratique que des étrangers qui avaient introduit une demande d'autorisation de séjour dans des circonstances exceptionnelles auprès du bourgmestre de leur lieu de résidence réel en Belgique, soient régularisés sur base individuelle. Les dernières années qui ont précédé la loi du 15 septembre 2006 précitée, cette procédure a été sévèrement critiquée en raison de son opacité et parce qu'elle avait servi *de facto* de planche de salut pour des milliers de demandes de régularisation par an, à la suite de quoi des milliers de personnes avaient été autorisées chaque année à séjourner en Belgique.

La disposition de l'article 9, alinéa trois, de la L.E. a été abrogée par les lois du 15 septembre 2006 et remplacée par l'ajout des articles 9<sup>bis</sup> et 9<sup>ter</sup> dans la L.E.

L'article 9<sup>bis</sup> de la L.E. définit un cadre clair pour les demandes dites "de régularisation humanitaire", à savoir les demandes d'autorisation de séjour qui sont adressées par un étranger, dans des circonstances exceptionnelles, à la localité où il séjourne en Belgique. Il est ainsi stipulé désormais qu'un document d'identité est indispensable et ce, afin d'éviter que des permis de séjour servent à régulariser une identité floue. Ensuite, il est précisé maintenant que certains éléments ne sont de toute façon pas retenus comme circonstances exceptionnelles. Le ministre (ou son délégué, c.-à-d. l'O.E.) conserve pour ces demandes tout pouvoir discrétionnaire. On pouvait toutefois déduire de l'exposé introductif du ministre devant la Commission des Affaires intérieures du Sénat que cette procédure vise surtout deux groupes d'étrangers: d'une part, les étrangers dont la demande d'asile a traîné pendant trois ans (familles avec enfants) ou quatre ans (isolés), qui sont bien intégrés et ne constituent pas un danger pour l'ordre public et d'autre part, les personnes qui ne peuvent plus retourner dans leur pays d'origine en raison d'une maladie ou de leur état physique.

Depuis la modification de loi, ce que l'on appelle les demandes techniques, également traitées précédemment sur base de l'article 9, alinéa trois de la L.E., sont désormais introduites sur base de l'article 9, alinéa deux de la L.E. Avec l'article 25/2 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 portant exécution de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après A.R.E.), la procédure propre à cette pratique existante a en outre été définie de manière réglementaire. Les demandes techniques concernent des demandes d'autorisation de séjour de plus de trois mois introduites par des travailleurs ayant un permis de travail ou une carte professionnelle ou par des ressortissants PECO<sup>22</sup> qui veulent exercer une activité indépendante ou par des étrangers en possession d'une autorisation ou d'une admission de séjour d'au moins 3 mois qui veulent changer de statut de séjour.

L'article 9<sup>ter</sup> de la L.E. a pour but à son tour d'appréhender la situation d'étrangers gravement malades pour lesquels un traitement adéquat fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, le renvoi comportant dès lors un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de l'intéressé ou exposant l'étranger à un risque réel de traitement inhumain ou dégradant.

21. Circulaire du 01.07.1994 concernant la délivrance de titres de séjour et de permis de travail à des étrangers victimes de la traite des êtres humains, M.B. 07.07.1994; Directives du 13.01.1997 à l'O.E., aux parquets, aux services de police, aux services de l'inspection des lois sociales et de l'inspection sociale relatives à l'assistance aux victimes de la traite des êtres humains, M.B. 21.02.1997, modifiées le 17.04.2003, M.B. 27.05. 2003.

22. Soit le ressortissant d'un pays d'Europe centrale et orientale qui a conclu un accord d'adhésion avec l'U.E.

Après la profonde réforme de la législation sur les étrangers à travers les lois du 15 septembre 2006, des dispositions spécifiques concernant les chercheurs ont été insérées dans la L.E. par la loi du 21 avril 2007 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers. Il s'agissait ici d'une transposition de la directive 2005/71/CE du Conseil du 12 octobre 2005 relative à une procédure d'admission spécifique des ressortissants de pays tiers aux fins de recherche scientifique. Le but était de rendre l'Union européenne plus attrayante pour les chercheurs de pays tiers en les autorisant plus facilement à un séjour de plus de trois mois.

Enfin, la directive 2003/109/CE du Conseil du 25 novembre 2003 relative au statut des ressortissants de pays tiers résidents de longue durée et la directive 2004/38/CE du Conseil du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres, ont été transposées en droit belge par la loi du 25 avril 2007 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Suite à la première directive mentionnée, le statut de séjour de "résident de longue durée" a été introduit dans la L.E. L'objectif était que les ressortissants de pays tiers qui ont séjourné légalement dans un État membre de l'U.E. durant une période déterminée bénéficient d'un statut qui soit le plus proche possible des droits de citoyens européens, non seulement concernant le droit de séjour, mais aussi concernant le droit à la mobilité entre États membres de l'U.E.

La deuxième directive a renforcé le droit de séjour octroyé aux ressortissants de l'U.E. et aux membres de leur famille. Avant la directive visée, le droit des ressortissants de l'U.E. de circuler et de séjourner librement était régi par différents règlements et directives ayant chacun leur propre champ d'application *ratione personae*. Ce droit de libre circulation des travailleurs a été progressivement élargi à d'autres catégories de personnes, parmi lesquelles des membres de la famille qui ne sont pas eux-mêmes des ressortissants d'un État membre de l'U.E. et des personnes non actives économiquement. Avec la directive 2004/38/CE, l'approche sectorielle et fragmentée du droit des ressortissants de l'U.E. de circuler et séjourner librement est remplacée par un instrument législatif unique. La loi du 25 avril 2007 apporte une modification importante dans ce contexte en instaurant deux phases successives dans le séjour de longue durée (> 3m) des ressortissants de l'U.E. et des membres de leur famille, à savoir le droit de séjour (ordinaire) et le droit de séjour durable<sup>23</sup>.

## IV. Étrangers titulaires sur base de la réglementation actuelle<sup>24</sup>

Au vu des nombreuses modifications apportées à la législation sur les étrangers (voir supra), il serait indiqué d'examiner, dans l'état actuel de la législation en matière d'assurance soins de santé, quels étrangers sont des titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

23. Cette réglementation a aussi été modifiée par la loi du 08.07.2011 récemment parue, notamment en ce qui concerne le regroupement avec un conjoint belge. Voir la note en bas de page n°18.

24. Le cours inédit "Vreemdelingenrecht" de L. DENYS et B. BRIJS, le site recommandé [www.vreemdelingenrecht.be](http://www.vreemdelingenrecht.be) du Vlaams Minderhedencentrum (Centre flamand des Minorités), et l'expérience du stagiaire auprès de la Commission Permanente de Recours des Réfugiés/du Conseil du Contentieux des Étrangers ont servi de support à ce sujet.

En vertu de l'actuel article 32, alinéa premier, 15° de la loi SSI et de l'actuel article 128<sup>quinquies</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi précitée, les étrangers titulaires peuvent être répartis en 6 catégories:

- les étrangers avec droit de séjour précaire, temporaire
- les étrangers autorisés à séjourner plus de 6 mois ou à durée indéterminée
- les étrangers autorisés de plein droit à séjourner plus de trois mois
- les étrangers admis de plein droit à séjourner plus de trois mois
- les étrangers autorisés à s'établir
- les étrangers qui constituent un cas particulier.

## 1. Étrangers avec droit de séjour précaire, temporaire

Lors de l'introduction de l'actuelle catégorie des titulaires résidents, l'intention était d'exclure la catégorie des étrangers avec droit de séjour précaire, temporaire -donc non permanent- des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé.

Pourtant, une exception à ce principe a été prévue dans l'article 128<sup>quinquies</sup>, §1, troisième tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, à savoir pour *“les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable par l'Office des étrangers ou par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides”*.

### a. Demandeurs d'asile dont la demande d'asile a été déclarée recevable avant le 1<sup>er</sup> juin 2007 et est toujours en cours de traitement

Nous avons déjà souligné ci-avant que la procédure d'asile a été profondément modifiée par les lois du 15 septembre 2006, et surtout que la dualité de la procédure d'asile en une phase de recevabilité et une phase d'examen du bien-fondé appartenait au passé.

Suite à cette modification drastique de la procédure d'asile, l'article 128<sup>quinquies</sup> actuel de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, qui continue à tenir compte de l'existence d'une phase de recevabilité, ne correspond plus du tout à la réalité.

Il ne peut plus s'appliquer par conséquent qu'à la catégorie résiduelle des demandeurs d'asile dont la demande d'asile a encore été introduite et déclarée recevable sous l'ancienne procédure d'asile, soit jusqu'au 30 mai 2007.

Sous l'ancienne procédure d'asile, un demandeur d'asile introduisait une demande d'asile sur le territoire auprès de l'O.E., à la frontière auprès des autorités chargées du contrôle des frontières ou auprès du directeur d'un centre pénitentiaire en cas d'enfermement. Il était donné acte de la demande d'asile au demandeur d'asile par remise d'un document annexe 25<sup>25</sup> dans le cas d'une demande d'asile à la frontière et d'un document annexe 26 dans le cas d'une demande d'asile sur le territoire. Muni de ce document, qui ne constituait rien de plus qu'une preuve d'enregistrement de la demande d'asile, le demandeur d'asile se rendait à l'administration communale de son lieu de résidence pour demander une attestation d'immatriculation modèle A (document annexe 4) (également appelée “carte orange”), laquelle avait pour but de couvrir provisoirement son séjour en Belgique durant le traitement de sa demande d'asile. Suite à ces démarches, le demandeur d'asile était également inscrit dans le registre d'attente.

Une fois la demande d'asile introduite, l'O.E. examinait tout d'abord si, en application des règles reprises dans le Règlement de Dublin II, la Belgique était responsable du traitement de la demande.

25. Lorsqu'il est question d'un document mentionné sous forme d'annexe numérotée, il s'agit généralement d'un document joint en annexe à l'A.R.E. et dans un seul cas, d'une annexe à la Circulaire du 21.06.2007 en matière de régularisation.

Si'il était décidé que la Belgique était compétente pour traiter la demande d'asile, l'O.E. examinait sa recevabilité.

Si l'O.E. décidait que la demande d'asile était recevable, le dossier était alors transmis au CGRA pour l'enquête sur le fond.

Si, par contre, l'O.E. jugeait la demande d'asile irrecevable, en l'absence, par exemple, d'un des motifs de persécution permettant d'être reconnu comme réfugié (race, religion, nationalité, conviction politique, groupe social), un recours urgent de 48h s'ouvrait alors auprès du CGRA.

Si le CGRA décidait après recours urgent qu'il y avait encore matière à poursuivre l'enquête, le demandeur d'asile pouvait passer à la phase de l'examen du bien-fondé de la procédure d'asile auprès du CGRA.

Si le CGRA confirmait l'irrecevabilité de la demande d'asile, un recours en annulation de cette décision était ouvert auprès du Conseil d'État.

Dans la phase sur le fond, la demande d'asile était alors examinée sur le fond par le CGRA et en cas de décision négative du CGRA sur le fond, un recours juridictionnel s'ouvrait auprès de la Commission permanente de recours des réfugiés. Enfin, contre les décisions de cette juridiction administrative, un recours administratif en cassation était ouvert auprès du Conseil d'État.

Si l'on se réfère à l'actuel article 128*quinquies*, § 1<sup>er</sup>, troisième tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, sont donc des titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, les étrangers dont la demande d'asile a encore été déclarée recevable sous l'ancienne procédure d'asile, soit par l'O.E. "en première instance" soit par le CGRA après recours urgent, et dont la procédure d'asile est toujours pendante.

En ce qui concerne ce dernier point, il est évident que les demandeurs d'asile dont la demande a été refusée, sont en séjour illégal et ne peuvent donc plus revendiquer la qualité de titulaire résident<sup>26</sup>. Le cas échéant, leur attestation d'immatriculation modèle A sera retirée ou ne sera plus prolongée et ils seront radiés du registre d'attente. L'article 32, alinéa premier, 15° de la loi SSI se rapportant à des personnes inscrites au Registre national, dont le registre d'attente fait intégralement partie, il est plus que logique que les demandeurs d'asile refusés restent sur la touche.

Les demandeurs d'asile qui, à l'issue de leur procédure d'asile, sont reconnus comme réfugiés sont naturellement des titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, mais ils n'appartiennent pas à la catégorie d'étrangers abordée ici. Nous traiterons plus en détail ci-après cette catégorie des réfugiés reconnus.

Au vu de ce qui précède, on peut donc dire en résumé que l'actuel article 128*quinquies*, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996 n'est plus d'application que pour les demandeurs d'asile dont la demande d'asile a été introduite et déclarée recevable sous l'ancienne procédure d'asile et est ensuite traitée sous la nouvelle procédure d'asile. Il s'agit plus concrètement des:

- demandeurs d'asile dont la demande d'asile a été introduite et déclarée recevable par l'O.E. avant le 1<sup>er</sup> juin 2007 et dont le bien-fondé est examiné par le CGRA
- demandeurs d'asile dont la demande d'asile a été introduite et déclarée recevable par le CGRA après recours urgent avant le 1<sup>er</sup> juin 2007 et dont le bien-fondé est examiné par le CGRA
- demandeurs d'asile dont la demande d'asile a été introduite et déclarée recevable par l'O.E. avant le 1<sup>er</sup> juin 2007 et dont le bien-fondé est examiné en appel par le Conseil du contentieux des étrangers suite à une décision négative du CGRA

26. À la date de prise d'effet de l'inscription ou de l'affiliation en qualité de titulaire auprès d'un organisme assureur, un droit s'ouvre au sein de l'assurance obligatoire soins de santé (art. 129, A.R. 03.07.1996) et ce droit est maintenu jusqu'au 31/12 de l'année civile qui suit l'année au cours de laquelle il s'est ouvert. Après cette période d'ouverture (art. 123 loi SSI juncto art. 131 A.R. précité), le droit est prolongé pour une année civile à la condition que, pour la seconde année civile précédant le début de cette période (= année de référence), la qualité de titulaire existe encore au cours du dernier trimestre de l'année de référence ou dans le courant de l'année civile suivante et que les obligations de cotisation afférentes à l'année de référence aient été remplies au plus tard le 31/12 de l'année pour laquelle ce droit peut être octroyé. Par conséquent, le fait que la qualité de titulaire résident après ouverture du droit ne peut plus être revendiquée, ne met pas toujours fin immédiatement au droit de bénéficier des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé.

- demandeurs d'asile dont la demande d'asile a été introduite et déclarée recevable par le CGRA après recours urgent avant le 1<sup>er</sup> juin 2007 et dont le bien-fondé est examiné en appel par le Conseil du contentieux des étrangers suite à une décision négative du CGRA
- demandeurs d'asile dont la demande d'asile a été introduite et déclarée recevable par l'O.E. avant le 1<sup>er</sup> juin 2007, dont la décision négative du CGRA quant au bien-fondé de la demande a été confirmée en appel par le Conseil du contentieux des étrangers, et qui ont introduit un recours en cassation auprès du Conseil d'État
- demandeurs d'asile dont la demande d'asile a été introduite et déclarée recevable par le CGRA après recours urgent avant le 1<sup>er</sup> juin 2007, dont la décision négative du CGRA quant au bien-fondé de la demande a été confirmée en appel par le Conseil du contentieux des étrangers, et qui ont introduit un recours en cassation auprès du Conseil d'État.

La preuve que l'étranger concerné se trouve dans l'une des situations précitées peut toujours être apportée sur présentation d'un document annexe 25 ou 26 délivré avant le 1<sup>er</sup> juin 2007 et accompagné d'une attestation valable (non échue) d'immatriculation modèle A.

Le Registre national peut également être consulté sous le code 206 (registre d'attente) ou une copie du registre d'attente peut être demandée à l'intéressé, copie qu'il peut obtenir auprès de la commune, éventuellement via l'intervention du CPAS (voir Circ. O.A. n° 2010/226 – 3991/219 du 15.06.2010).

## 2. Étrangers autorisés à séjourner plus de 6 mois ou à séjourner pour une durée illimitée

Cette catégorie d'étrangers regroupe les titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé sur base à la fois de l'article 32, alinéa premier, 15° de la loi SSI (qui parle des "étrangers [...] qui [...] sont autorisés [...] à séjourner plus de six mois") et de l'article 128quinquies, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> tiret de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (qui parle des "étrangers autorisés au séjour pour une durée illimitée").

Voyons de qui il s'agit exactement.

### a. Étrangers autorisés à séjourner plus de 6 mois sur base de l'article 9/9bis L.E. – Généralités

L'article 9, alinéa 1<sup>er</sup> de la L.E. pose le principe général selon lequel les étrangers qui n'ont pas le droit de séjourner plus de trois mois en Belgique – le droit de séjour signifie qu'on est *admis* à séjourner (voir infra plus d'informations à ce sujet) – doivent y être *autorisés* par le Ministre ou son délégué, à savoir l'O.E. Il est donc important de souligner à cet égard que l'obtention de l'autorisation est une faveur.

L'article 9, 2<sup>e</sup> alinéa de la L.E. stipule ensuite qu'en règle générale, cette autorisation de séjourner plus de trois mois doit être demandée par l'étranger à l'étranger, et plus précisément "auprès du poste diplomatique ou consulaire belge compétent pour le lieu de sa résidence ou de son séjour à l'étranger". En d'autres termes, la demande doit normalement être introduite auprès de l'ambassade belge du lieu de séjour à l'étranger, même s'il y séjourne incidemment et pour une courte durée.

La demande d'octroi de l'autorisation de séjour sera ensuite transmise par le poste diplomatique ou consulaire à l'O.E., qui statuera sur la demande.

Si l'O.E. prend une décision favorable sur la demande, le représentant diplomatique ou consulaire lui remettra "une autorisation de séjour provisoire", en apposant sur son passeport un cachet/une vignette.

Après l'entrée en Belgique au moyen de cette "autorisation de séjour provisoire", l'étranger concerné doit se présenter dans les 8 jours ouvrables à l'administration communale du lieu où il séjourne. L'administration communale inscrit l'étranger concerné dans le registre des étrangers et lui en fournit la preuve sous la forme d'un "Certificat d'inscription au registre des étrangers" (CIRE).

Toutefois, l'article 9, 2<sup>e</sup> alinéa de la L.E. prévoit immédiatement aussi une exception à cette règle de demande à l'étranger, à savoir pour les "*dérogations prévues par un traité international, par une loi ou par un arrêté royal*".

Cette possibilité d'exception a été exploitée dans l'article 23 de l'A.R.E. au profit des ressortissants d'un État membre de l'UE qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas invoquer le droit communautaire, des ressortissants monégasques, et des ressortissants suisses qui ne veulent pas ou ne peuvent pas se prévaloir de la Convention conclue par ce pays avec la Communauté européenne.

Il a été prévu que ces étrangers qui ont le droit d'entrer sur le territoire belge en vertu de traités internationaux, puissent introduire la demande d'autorisation de séjourner plus de trois mois, en Belgique. Ils doivent se présenter à cette fin à l'administration communale de leur lieu de séjour dans les huit jours ouvrables de l'entrée en Belgique.

L'administration communale examinera alors si l'étranger dispose de moyens de subsistance suffisants. Dans le cadre de cet examen, la commune dispose d'un pouvoir d'appréciation, tout en pouvant faire appel à l'O.E. en cas de doute.

Si l'administration communale estime que les moyens de subsistance sont suffisants, l'étranger est inscrit dans le registre des étrangers et reçoit un CIRE.

Si, par contre, la commune estime que les moyens de subsistance de l'étranger sont insuffisants, l'étranger reçoit une attestation d'immatriculation modèle A (document annexe 4) d'une durée de validité de 3 mois et le dossier est transmis à l'O.E. pour décision.

Si l'O.E. prend une décision favorable ou ne porte pas de décision à la connaissance de l'administration communale dans un délai de 3 mois, l'étranger est inscrit dans le registre des étrangers et mis en possession d'un CIRE.

L'article 9bis de la L.E. – sans aucun doute l'article de la L.E. le plus connu – comporte une deuxième exception à la règle d'introduction de la demande à l'étranger, en disposant que dans des circonstances exceptionnelles et à condition que l'étranger présente un document d'identité, l'autorisation de séjour de plus de trois mois peut être demandée auprès du bourgmestre de la localité où l'étranger séjourne en Belgique.

Dans les 10 jours de l'introduction de cette demande pour "régularisation humanitaire", la commune procède au contrôle de la résidence effective - déclarée - du demandeur.

S'il appert que le demandeur n'y réside pas, la demande n'est pas prise en considération et n'est donc pas transmise à l'O.E. et le demandeur se voit signifier une décision de non prise en considération (document annexe 2).

Si le contrôle de résidence est positif, la demande est transmise pour décision à l'O.E., accompagnée du rapport concernant le contrôle de la résidence effective. La commune dispose ici de la possibilité de donner un avis sur la demande, en joignant à l'envoi une enquête sociale, par exemple, ou un rapport du CPAS. Le demandeur reçoit un document attestant du dépôt de la demande sous la forme d'un document annexe 3.

L'O.E. examine tout d'abord la recevabilité de la demande. Comme déjà mentionné, deux conditions de recevabilité sont imposées, à savoir l'existence de circonstances exceptionnelles et la présentation d'un document d'identité. Les circonstances exceptionnelles sont, dans ce cas-ci, des circonstances qui ont mis l'étranger dans une situation particulièrement difficile ou dans l'impossibilité de demander l'autorisation auprès d'un poste diplomatique ou consulaire belge à l'étranger avant de venir en Belgique. Ces circonstances exceptionnelles sont supposées exister, par exemple, dans le cas d'un demandeur d'asile faisant l'objet d'une procédure d'asile pendante. Durant cette procédure, il est en effet présumé - jusqu'à preuve du contraire - avoir une crainte fondée de persécution dans son pays, qui l'empêche de retourner dans ce pays pour y demander l'autorisation. L'exigence d'un document d'identité ne s'applique pas aux demandeurs d'asile dont la procédure d'asile n'est pas définitivement terminée, car durant la procédure, ils ne peuvent pas prendre contact avec leurs autorités nationales - ambassade et consulat - sous peine d'être refusés comme réfugiés. Elle ne s'applique pas non plus aux étrangers qui démontrent valablement qu'il leur est impossible de se procurer en Belgique le document d'identité requis.

Si l'O.E. estime que la demande est recevable, il procède à l'examen sur le fond. L'O.E. statue au cas par cas et dispose pour cela d'une grande liberté d'appréciation.



Si l'O.E. déclare la demande fondée, il demande à la commune d'inscrire l'intéressé dans le registre des étrangers et de lui délivrer un "Certificat d'inscription au registre des étrangers (CIRE)".

Si l'on se réfère à la catégorie des titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, ces étrangers doivent donc, pour être pris en considération, être autorisés soit à séjourner pour une période de "plus de 6 mois" - c'est à dire au moins 6 mois et un jour - dans le cas d'une autorisation de séjour à durée limitée soit à séjourner pour une durée illimitée.

L'élément important ici est que, depuis la modification de loi du 15 septembre 2006, l'autorisation de séjour de plus de 3 mois sur base de l'article 9/9bis de la L.E., est en principe octroyée pour une durée limitée, l'O.E. fixant la durée du séjour de manière discrétionnaire.

La preuve de l'autorisation de séjour de plus de six mois peut toujours être apportée au moyen du CIRE en carton - "carte blanche" d'une durée limitée, qui pouvait être délivré jusque fin 2008, ou à l'aide de l'actuelle carte A électronique.

L'autorisation de séjour d'une durée illimitée est prouvée de la même manière, à savoir par un CIRE en carton - "carte blanche" d'une durée indéterminée (délivré jusque fin 2008) ou par une carte B électronique (voir Circ. O.A. n° 2010/226 - 3991/219 du 15.06.2010).

## b. Étrangers autorisés à séjourner en tant que victimes de traite des êtres humains ou de trafic des êtres humains (art. 61/2 L.E.)

En ce qui concerne cette catégorie d'étrangers, la "procédure de séjour" peut être subdivisée en trois phases:

(1) Au cours d'une première phase, les services de police ou d'inspection qui disposent d'indices selon lesquels un étranger est victime de l'infraction visée à l'article 433quinquies du Code pénal (C.P.) (traite des êtres humains) ou de l'infraction visée à l'article 77bis C.P., dans les circonstances visées à l'article 77quater, 1°, en ce qui concerne uniquement les mineurs d'âge non accompagnés, à 5° C.P. (trafic des êtres humains), en informent immédiatement l'O.E. Ils informent en outre l'étranger de la possibilité d'obtenir un titre de séjour en coopérant avec les autorités compétentes chargées de l'enquête ou des poursuites concernant ces infractions et le mettent en contact avec un centre reconnu par les autorités compétentes, spécialisé dans l'accueil des victimes de ces infractions.

L'O.E. délivre alors à la victime, uniquement bien sûr si elle ne dispose pas encore d'un titre de séjour et pour autant qu'elle bénéficie d'un accompagnement exercé par un centre précité, un ordre de quitter le territoire (document annexe 13) avec délai de 45 jours, afin de lui donner la possibilité de s'apaiser et lui permettre de réfléchir à la question d'introduire ou non une plainte ou de faire des déclarations concernant les personnes ou les réseaux qui se seraient rendus coupables de l'infraction de traite ou trafic des êtres humains.

Toutefois, si la victime est un mineur d'âge non accompagné, il reçoit immédiatement une attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange") (document annexe 4) d'une durée de validité de 3 mois.

Il en va de même si la victime a directement introduit une plainte ou fait des déclarations concernant les personnes ou les réseaux qui se seraient rendus coupables de l'infraction de traite ou trafic des êtres humains. Le centre qui exerce l'accompagnement demande à l'O.E., le cas échéant, de mettre immédiatement l'étranger en possession du document de séjour - provisoire et précaire - précité.

S'il est constaté que la victime a activement, volontairement et de sa propre initiative, renoué un lien avec les auteurs présumés de l'infraction, l'O.E. peut mettre fin au délai de 45 jours de l'ordre précité de quitter le territoire.

(2) Si une plainte est introduite ou que des déclarations sont faites concernant les personnes ou les réseaux qui se seraient rendus coupables de l'infraction de traite ou trafic des êtres humains dans le délai visé de 45 jours, l'étranger est mis en possession d'une attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange") (document annexe 4) d'une durée de validité de 3 mois. Commence alors la deuxième phase.

Au cours de cette phase, l'O.E. demande un avis au procureur du Roi ou à l'auditeur du travail, lequel examine si la victime peut toujours être considérée comme telle, si l'enquête ou la procédure judiciaire est toujours en cours, et si la victime manifeste une volonté claire de coopération et qu'elle a rompu tout lien avec le milieu.

L'attestation d'immatriculation peut être prolongée une fois de maximum 3 mois, si l'enquête le nécessite ou si l'O.E. l'estime opportun compte tenu des éléments du dossier.

Durant l'ensemble de la "procédure de séjour", l'O.E. peut mettre fin au séjour provisoire ou non provisoire de l'étranger, s'il est constaté que la victime a activement, volontairement et de sa propre initiative, renoué un lien avec les auteurs présumés de l'infraction.

Dans cette deuxième phase, la victime essaye aussi de prouver son identité à l'aide d'un passeport ou d'un titre de voyage en tenant lieu ou à l'aide de sa carte d'identité nationale.

L'O.E. peut ensuite décider d'autoriser l'étranger au séjour pour une durée de six mois, si le procureur du Roi ou l'auditeur du travail lui a confirmé que l'enquête ou la procédure judiciaire est toujours en cours, que l'étranger manifeste une volonté claire de coopération et pour autant que celui-ci ait rompu tout lien avec les auteurs présumés de l'infraction.

L'étranger est inscrit, le cas échéant, dans le registre des étrangers et mis en possession d'un CIRE – "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte A électronique.

Le CIRE – "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou la carte A électronique peut être prolongé plusieurs fois par période de 6 mois, si l'O.E. n'est pas en mesure de prendre une décision.

L'O.E. peut toujours mettre fin à l'autorisation de séjour si l'étranger a cessé de coopérer, si les autorités judiciaires ont décidé de mettre fin à la procédure ou encore si l'O.E. estime, en concertation avec les autorités judiciaires, que la coopération de l'étranger est frauduleuse ou que sa plainte est frauduleuse ou non-fondée.

(3) Enfin, l'O.E. peut autoriser la victime au séjour pour une durée illimitée lorsque sa déclaration ou sa plainte a abouti à une condamnation ou lorsque le Procureur du Roi ou l'auditeur du travail a retenu dans ses réquisitions la prévention de traite des êtres humains ou de trafic des êtres humains sous les circonstances aggravantes prévues à l'article 77<sup>quater</sup> C.P. Le cas échéant, l'étranger est mis en possession d'un CIRE – "carte blanche" d'une durée illimitée (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte B électronique.

Si l'on se réfère à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 15° de la loi SSI et à l'article 128<sup>quinquies</sup>, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, la victime de l'infraction de traite ou de trafic des êtres humains est titulaire résident dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé à compter du moment où elle est mise en possession d'un CIRE - "carte blanche" d'une durée illimitée (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte B électronique.

L'attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange") (document annexe 4) a pour seul but de couvrir provisoirement le séjour de l'étranger durant la procédure. Elle ne constitue pas une autorisation de séjour et ne peut donc pas servir pour une inscription de l'étranger comme titulaire résident dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

De même, au moment où l'étranger est mis en possession d'un CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte A électronique pour six mois (qui ne confère en soi aucun droit, puisqu'une autorisation de séjour de 6 mois et un jour au moins est requise (voir supra)), et que ce CIRE ou cette carte est prolongé au moins une fois, ce par quoi il pourrait être argué que l'étranger a été autorisé à un séjour de 12 mois, ce dernier ne peut invoquer la qualité de titulaire résident, car sa situation doit être appréhendée comme la succession de deux autorisations de séjour d'une durée de 6 mois, et non pas comme une seule et même autorisation de séjour de plus de six mois.

### 3. Étrangers autorisés de plein droit à séjourner plus de trois mois

Cette catégorie d'étrangers regroupe les titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé sur base de l'article 128<sup>quinquies</sup>, § 1<sup>er</sup>, premier tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996. Il y est question des "étrangers qui sont autorisés de plein droit à séjourner plus de trois mois dans le Royaume".

Une "autorisation de séjour de plein droit" n'existe pas à proprement parler dans la L.E. Si le terme "de plein droit" est uniquement utilisé dans le cas d'une admission et donc d'un droit de séjour, un contenu peut tout de même être donné à cette notion dans le cadre de la réglementation sur les étrangers, à savoir en ce qui concerne les autorisations de séjour de plus de 3 mois pour lesquelles l'O.E. dispose quelque peu d'un pouvoir lié. Les conditions d'octroi de ces autorisations étant mentionnées de façon expresse dans la L.E. et/ou l'A.R.E., l'OE est tenu d'accorder l'autorisation de séjour si ces conditions sont remplies.

#### a. Étrangers autorisés à séjourner sur base de l'article 25/2 A.R.E. – Demandes techniques

En exécution de l'article 9, 2<sup>e</sup> alinéa de la L.E., qui prévoit donc la possibilité par voie d'exception de demander en Belgique l'autorisation de séjourner plus de 3 mois "en cas de dérogations prévues par un traité international, par la loi ou par un arrêté royal" (voir supra IV.2.a.), l'A.R.E. a été complété d'une disposition en date du 27 avril 2007 concernant les demandes techniques d'autorisation de séjour; il s'agit de l'article 25/2 de l'A.R.E.

Pour pouvoir faire usage de l'article 25/2 de l'A.R.E., l'étranger doit être autorisé ou admis à un court séjour ou à un séjour de plus de trois mois. En d'autres termes, il doit séjourner légalement en Belgique. Les demandeurs d'asile ne font cependant pas partie de cette catégorie.

L'article 25/2 de l'A.R.E. s'applique ensuite à deux catégories d'étrangers:

- les travailleurs migrants
- les étrangers qui veulent changer de statut de séjour et qui apportent à cet effet la preuve qu'ils remplissent les conditions pour être autorisés à séjourner plus de 3 mois en qualité d'étudiant étranger, de chercheur étranger, de membre de la famille d'un étranger autorisé à un séjour limité ou d'étranger qui remplit les conditions pour bénéficier du droit de retour après plus d'un an d'absence.

Nous nous intéresserons uniquement ici à la première catégorie. La deuxième catégorie d'étrangers sera de toute façon abordée lorsque nous traiterons le statut de séjour sollicité (étudiant étranger, chercheur étranger, etc.).

Sans trop nous étendre sur le sujet - une description détaillée des différents permis de travail et procédures de demande y afférentes n'a pas de valeur ajoutée dans le cadre du présent ouvrage -, il faut tout d'abord insister, en ce qui concerne les travailleurs migrants, sur le fait que l'article 25/2 de l'A.R.E. s'adresse uniquement aux étrangers faisant partie d'une catégorie qui est dispensée de l'obligation de visa (p.ex. les ressortissants de l'U.E., à l'exception des ressortissants roumains et bulgares, à moins que ces derniers ne commencent à travailler comme indépendants), qui est exemptée d'une étude du marché du travail (les titulaires d'une profession en pénurie, p.ex.) ou qui est exemptée de l'obligation de demander un permis de travail B (les diplomates ou les indépendants qui doivent demander une carte professionnelle, p.ex.).

Car si tel n'est pas le cas, l'étranger devra trouver avant de venir en Belgique un employeur qui accepte d'introduire pour lui une demande d'autorisation d'occupation. Si à l'issue d'une étude du marché du travail, l'autorisation d'occupation est accordée par les autorités régionales compétentes, un permis de travail B sera délivré simultanément à l'étranger.

Muni de ce permis de travail, l'étranger peut alors demander une autorisation de séjour auprès du poste diplomatique ou consulaire belge du pays où il réside. Lors de la demande, il doit présenter, outre le permis de travail B, un passeport national valable et un certificat de bonne vie et mœurs.

Sur présentation de tous les documents, le poste diplomatique ou consulaire délivre un visa de type D apposé dans le passeport, avec lequel l'étranger peut se rendre en Belgique.

Une fois entré en Belgique grâce à son "autorisation de séjour provisoire", à savoir le visa de type D, l'étranger doit se présenter dans les 8 jours ouvrables à l'administration communale du lieu de sa résidence où, sur présentation de son visa et de son permis de travail B, il sera inscrit dans le registre des étrangers et mis en possession d'un CIRE - "carte blanche" avec mention "séjour provisoire - durée permis de travail" (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte A électronique.

Si l'étranger se trouve dans une situation qui cadre avec l'article 25/2 de l'A.R.E., ce qui lui permet de demander l'autorisation de séjour en Belgique, il doit donc s'adresser à l'administration communale du lieu de sa résidence. Lors de sa demande, l'étranger devra d'abord prouver qu'il séjourne légalement en Belgique (dans le cas d'un court séjour : par une déclaration d'arrivée valable ou un passeport national valable avec visa d'entrée; dans le cas d'un long séjour: par un CIRE valable). Il devra ensuite présenter comme documents: (a) un permis de travail B, une carte professionnelle ou une attestation délivrée par le service public compétent pour l'exempter de cette obligation, (b) un certificat médical d'où il résulte qu'il n'est pas atteint d'une des maladies qui constituent un danger pour la santé publique (uniquement s'il est exempté de l'obligation de demander un permis de travail ou une carte professionnelle), (c) un certificat de bonne vie et mœurs. Lorsque tous ces documents ont été produits, la commune commence par contrôler si l'étranger réside effectivement dans le lieu de résidence qu'il a indiqué. Dans l'affirmative, la commune lui délivre une autorisation de séjour, l'inscrit dans le registre des étrangers et le met en possession d'un CIRE - "carte blanche" avec mention "séjour provisoire - durée permis de travail" (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte A électronique.

Si l'on se réfère à la catégorie des titulaires résidents, pour lesquels la durée de l'autorisation de séjour doit être d'au moins 3 mois (voir supra - il s'agit ici d'une "autorisation de plein droit"), il faut souligner que l'étranger qui n'est pas exempté de l'obligation de demander un permis de travail ou une carte professionnelle, se verra délivrer une autorisation de séjour correspondant à la durée du permis de travail ou de la carte professionnelle, majorée d'un mois. Par contre, si l'étranger concerné est exempté de l'obligation précitée, une autorisation de séjour lui sera délivrée pour un an, à moins que la durée prévue de l'activité professionnelle soit inférieure à un an.

La preuve de l'autorisation de séjour de plus de 3 mois peut toujours être apportée au moyen du CIRE - "carte blanche" avec mention "séjour provisoire - durée permis de travail" (délivré jusque fin 2008) ou au moyen de la carte A électronique.

Mentionnons encore, pour être tout à fait complet, qu'un étranger qui a presté un travail pendant plusieurs années avec un permis de travail B, peut demander lui-même et obtenir un permis de travail A d'une durée illimitée pour tous les employeurs (potentiels). Ce qui n'est pas sans intérêt, car dans la pratique, l'O.E. accorde aux personnes qui obtiennent un permis de travail A un CIRE - "carte blanche" d'une durée illimitée (délivré par la commune jusque fin 2008) ou une carte B électronique. Ces personnes bénéficient ainsi d'un droit de séjour illimité et sont alors exemptées du permis de travail.

Dans la pratique, l'Office des étrangers reconnaît également, sous certaines conditions, un droit de séjour illimité aux travailleurs migrants qui demandent une prolongation de leur droit de séjour limité. Ils ne doivent donc pas attendre la remise du permis de travail A. Un droit de séjour illimité est accordé dans la pratique aux conditions suivantes:

- si le permis de travail B ne connaît aucune limitation (pas de conditions supplémentaires), un séjour illimité est accordé à l'intéressé sur base de son troisième permis de travail de ce type. Il est toutefois requis comme condition supplémentaire que l'intéressé ait travaillé durant ces trois ans pour le même employeur (des personnes qui avaient un permis de travail B pour 2006-2007, 2007-2008 et reçoivent à présent un permis de travail B valable pour 2008-2009 (sans limitations et pour le même employeur), par exemple, peuvent obtenir un séjour illimité)
- si le permis de travail B connaît des limitations (par ex. : "La durée de l'occupation est limitée à une première période de quatre ans"), l'intéressé n'obtiendra un séjour illimité qu'à l'occasion du cinquième permis de travail. La condition du même employeur ne s'applique cependant pas ici. Ce régime vise aussi les personnes ayant un permis de travail B qui porte la mention "détaché".

Si l'on se réfère à la catégorie des titulaires résidents, ces étrangers qui obtiennent un droit de séjour illimité sont aussi titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, mais ils rentrent plutôt dans la deuxième catégorie des étrangers autorisés à séjourner plus de 6 mois ou à durée illimitée. Car il ne s'agit ici que d'une pratique de l'O.E. (qui ne doit pas autoriser ces étrangers au séjour).

## b. Étrangers autorisés à séjourner pour des raisons médicales (art. 9<sup>ter</sup>L.E.)

L'article 9<sup>ter</sup> de la L.E. concerne une disposition particulière qui est d'application pour l'étranger gravement malade, à savoir l'étranger qui "souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne".

Celui-ci doit introduire une demande d'autorisation de séjour auprès de l'O.E. par pli recommandé. Les documents suivants doivent être joints en annexe à la demande: (a) une copie du passeport national ou de la carte d'identité, ou la raison pour laquelle ces documents ne peuvent être produits et pour laquelle il y a exemption de cette obligation (l'exigence de possession d'un document d'identité est régie de la même manière que pour l'article 9<sup>bis</sup> de la L.E. (voir supra)<sup>27</sup>), (b) un certificat médical concernant la maladie invoquée<sup>28</sup>, (c) tout autre document ou information utile concernant la maladie et (d) l'adresse du lieu de résidence en Belgique<sup>29</sup>.

27. Pour les demandes introduites à partir du 10.01.2011, l'exemption de l'obligation d'identification ne sera plus valable que pour les demandeurs d'asile dont la procédure d'asile n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive. L'exemption de l'obligation d'identification pour les étrangers qui démontrent valablement leur impossibilité de se procurer en Belgique le document d'identité requis, a été abrogée par la Loi portant des dispositions diverses (I) du 29.12.2010.

28. Pour les demandes introduites à partir du 29.01.2011, un certificat médical standardisé doit être utilisé. Il est imposé par la réglementation en matière d'étrangers.

29. Pour les demandes introduites à partir du 10.01.2011, l'étranger est tenu, en plus de la résidence effective, de faire élection de domicile.

Si la demande est faite par pli recommandé et que les documents requis sont joints, l'O.E. demande à la commune de faire procéder au contrôle de la résidence effective, où il sera demandé de présenter les originaux des documents d'identité dont une copie a été jointe à la demande. Si le contrôle est positif, l'O.E. donnera instruction à la commune d'inscrire l'étranger dans le registre des étrangers et de lui délivrer une attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange") (document annexe 4), valable pour 3 mois. Ce document de séjour provisoire peut être prolongé trois fois pour une période de 3 mois chaque fois. Après 1 an, il est chaque fois prolongé d'un mois.

En ce qui concerne l'examen de la demande sur le fond, l'appréciation du risque et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou dans le pays où l'étranger séjourne est effectuée par un fonctionnaire médecin qui rend un avis à ce sujet à l'O.E. S'il l'estime nécessaire, le fonctionnaire médecin peut examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts. L'O.E. décide alors sur base de cet avis.

Si l'on se réfère à l'actuel article 128quinquies, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, les étrangers autorisés à séjourner sur base de l'article 9<sup>ter</sup> de la L.E. sont titulaires résidents, puisque l'autorisation de séjour pour cette catégorie est d'un an et devient illimitée à l'expiration de la période de cinq ans qui suit l'introduction de la demande.

Ici aussi, l'étranger autorisé à séjourner sera mis en possession, par la commune de son lieu de résidence, d'un CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte A électronique dans un premier temps et d'un CIRE - "carte blanche" d'une durée illimitée (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte B électronique à l'expiration de la période de cinq ans qui suit l'introduction de la demande.

### c. Étrangers qui bénéficient d'une protection temporaire en tant que personnes déplacées (art. 57/29 L.E.)

#### L'ÉTRANGER QUI BÉNÉFICIE D'UNE PROTECTION TEMPORAIRE (ART. 57/30 L.E.)

En cas d'afflux massif ou d'afflux massif imminent de personnes déplacées vers les États membres de l'Union européenne, constaté par une décision du Conseil de l'Union européenne prise en application de la directive 2001/55/CE du Conseil de l'Union européenne du 20 juillet 2001 relative à des normes minimales pour l'octroi d'une protection temporaire en cas d'afflux massif de personnes déplacées et à des mesures tendant à assurer un équilibre entre les efforts consentis par les États membres pour accueillir ces personnes et supporter les conséquences de cet accueil, l'O.E. autorise les personnes qui bénéficient d'une protection temporaire en vertu de la décision précitée et qui en font la demande, à un séjour d'un an. La durée de l'autorisation de séjour peut ensuite être prorogée par période de 6 mois pour une seconde période d'un an et enfin, pour une nouvelle période d'un an suite à une nouvelle décision du Conseil de l'Union européenne.

#### LES MEMBRES DE LA FAMILLE QUI VIENNENT LE REJOINDRE (ART. 57/34 L.E.)

L'O.E. accorde également une autorisation de séjour aux membres de la famille suivants de l'étranger autorisé à séjourner en qualité de bénéficiaire de la protection temporaire:

- (a) le conjoint;
- (b) les enfants mineurs célibataires de l'étranger ou du conjoint.

D'autres parents proches peuvent également être autorisés à séjourner par l'O.E. si, au moment des événements qui ont entraîné l'afflux massif de personnes déplacées, ils vivaient au sein de l'unité familiale et étaient alors entièrement ou principalement à la charge de l'étranger autorisé à séjourner en qualité de bénéficiaire de la protection temporaire.

Pour tous les membres de la famille, l'autorisation de séjour a la même durée de validité que celle de l'étranger qu'ils rejoignent.

### LE TITRE DE SÉJOUR

Tant l'étranger autorisé qui bénéficie d'une protection temporaire que les membres de sa famille autorisés sont inscrits dans le registre des étrangers et mis en possession d'un CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte A électronique.

Si l'on se réfère à la catégorie des titulaires résidents, pour laquelle la durée de l'autorisation de séjour doit être d'au moins 3 mois (voir supra – il s'agit ici d'une "autorisation de plein droit"), ces étrangers sont donc titulaires dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

### d. Étrangers autorisés à séjourner en tant qu'étudiants

#### L'ÉTUDIANT ÉTRANGER (ART. 58 L.E.)

Soulignons d'abord que le régime abordé ici s'applique uniquement aux ressortissants d'un État tiers (à savoir les étrangers non-ressortissants d'un État membre de l'UE) qui viennent en Belgique dans le seul but d'y étudier.

En règle générale, le futur étudiant doit demander l'autorisation de séjour à l'étranger, c'est-à-dire auprès du poste diplomatique ou consulaire belge du lieu où il réside. L'étudiant devra présenter à ce poste un certain nombre de documents, qui sont:

- a) un passeport national valable
- b) une attestation d'inscription à l'enseignement supérieur ou à une année préparatoire à l'enseignement supérieur émanant d'un établissement d'enseignement organisé, agréé ou subsidié par les pouvoirs publics belges
- c) la preuve qu'il dispose de suffisamment de moyens d'existence (569 EUR majorés de 150 EUR par personne à charge<sup>30</sup> par mois pour l'année scolaire ou académique 2010-2011), peu importe l'origine (une attestation établissant que l'étudiant bénéficiera d'une bourse ou d'un prêt d'étude, un engagement de prise en charge, etc.)
- d) un certificat médical, délivré par un médecin désigné par le poste diplomatique ou consulaire belge à l'étranger auprès duquel la demande est introduite, et d'où il appert que l'intéressé n'est pas atteint d'une maladie qui présente un danger pour la santé publique (l'O.E. peut décider de renoncer à ce certificat)
- e) un certificat de bonne vie et mœurs (à partir de l'âge de 21 ans) (ici aussi, l'O.E. peut décider de ne pas demander le certificat).

Si l'étranger qui souhaite venir étudier en Belgique, produit tous les documents qui lui sont demandés, l'ambassade belge transmet le dossier à l'O.E., qui doit autoriser l'étudiant à séjourner s'il remplit bien toutes les conditions.

30. La notion de personne à charge n'est pas définie dans la législation sur les étrangers. Selon la jurisprudence, il s'agit purement d'une question de fait. Voir p.ex. CCE 29.11.2010, n° 51.835 ([www.rvv-cc.ee.be](http://www.rvv-cc.ee.be)): "De vaststelling of een persoon ten laste is, vloeit voort uit de verificatie van een feitelijke situatie. Het komt aan het bestuur toe deze feitelijke situatie te beoordelen" (Tid libre: Établir si une personne est à charge résulte de la vérification d'une situation de fait. C'est à l'administration qu'il appartient d'apprécier cette situation de fait).

Comme énoncé précédemment (voir IV.3.a.), l'autorisation de séjour en tant qu'étudiant étranger peut également être demandée en Belgique sur base de l'article 25/2 de l'A.R.E. La demande doit être introduite, le cas échéant, auprès du bourgmestre du lieu où il réside et tous les documents susmentionnés doivent être joints à la demande. L'administration communale contrôle tout d'abord si l'étranger réside bien dans le lieu de résidence indiqué et, dans l'affirmative, lui remet un document qui prouve que la demande a été introduite. Ensuite, la commune transmet immédiatement la demande, accompagnée des preuves communiquées par l'étranger et du rapport sur le contrôle de résidence, à l'O.E., qui prend une décision et doit ici aussi autoriser l'étranger à séjourner en tant qu'étudiant s'il remplit bien toutes les conditions.

Si la demande a été faite à l'étranger et que l'O.E. a pris une décision favorable, l'étudiant étranger peut se rendre en Belgique muni d'une "autorisation de séjour provisoire" (un visa de type D avec mention "defpro après études") délivrée par le poste diplomatique ou consulaire concerné. Lorsque l'étudiant étranger se présente à l'administration communale dans les 8 jours ouvrables de son arrivée en Belgique, celle-ci lui délivre une déclaration d'arrivée (document annexe 3). Les attestations produites sont contrôlées, de même que le lieu de résidence. Si tout est en ordre, il sera effectivement inscrit dans le registre des étrangers et mis en possession d'un CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte A électronique, à condition qu'il fournisse une attestation d'inscription. La durée de l'autorisation est équivalente à la durée des études.

Si toutefois, l'étudiant étranger ne produit qu'une attestation d'où il ressort qu'il est accepté pour suivre les études (mais n'est donc pas encore inscrit) ou qu'il est inscrit à un examen d'entrée (pour pouvoir suivre certaines études) ou qu'il a introduit une demande pour l'obtention de l'équivalence d'un diplôme étranger, l'étudiant reçoit une attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange") valable pour quatre mois<sup>31</sup>. Dans les quatre mois de l'arrivée en Belgique, l'intéressé doit alors présenter la véritable preuve d'inscription, à la suite de quoi il sera inscrit dans le registre des étrangers et mis en possession d'un CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte A électronique.

Dans le cas d'une demande en Belgique, la commune procède de la même manière que dans le cas d'une demande à l'étranger, la seule différence étant que si l'étudiant étranger a déjà été inscrit dans le registre des étrangers et est déjà en possession d'un CIRE, il suffira de porter la décision à sa connaissance.

#### LES MEMBRES DE LA FAMILLE QUI VIENNENT LE REJOINDRE (ART. 10B/S, §1<sup>ER</sup> L.E.)

Les membres de la famille suivants sont autorisés à séjourner à l'instar de l'étudiant étranger, s'ils en font la demande:

- a) le conjoint ou la personne avec laquelle a été conclu un partenariat enregistré considéré comme équivalent au mariage en Belgique (tel est le cas du partenariat enregistré en vertu de la législation du Danemark, de l'Allemagne, de la Finlande, de l'Islande, de la Norvège, du Royaume-Uni et de la Suède) et qui vient cohabiter avec l'étudiant, à condition qu'ils soient tous deux âgés de plus de 21 ans, ou 18 ans si le lien conjugal ou le partenariat enregistré est préexistant à l'arrivée de l'étudiant étranger en Belgique
- b) la personne avec laquelle un partenariat enregistré conformément à une loi a été conclu (en Belgique ou à l'étranger) (sans être considéré comme équivalent au mariage en Belgique), qui entretient avec l'étudiant étranger une relation stable et durable dûment attestée d'au moins un an et qui vient cohabiter avec lui, à condition qu'ils soient tous deux âgés de plus de 21 ans et célibataires et qu'ils n'entretiennent pas de relation durable avec une autre personne ou à condition qu'ils soient âgés de plus de 18 ans s'ils fournissent la preuve d'une cohabitation d'au moins un an avant l'arrivée de l'étudiant étranger en Belgique

31. Ils ne sont cependant inscrits dans aucun registre.



- c) leurs enfants à charge (tant communs que non communs) qui viennent vivre avec eux avant d'avoir atteint l'âge de dix-huit ans et qui sont célibataires
- d) leurs enfants handicapés célibataires (tant communs que non communs) âgés de plus de dix-huit ans, pour autant que soit fournie une attestation émanant d'un médecin agréé par le poste diplomatique ou consulaire belge indiquant qu'ils se trouvent, en raison de leur handicap, dans l'incapacité de subvenir à leurs propres besoins.

Des conditions sont cependant posées dans ce cadre :

- l'étudiant étranger ou un des membres de la famille concernés apporte la preuve qu'il dispose de moyens de subsistance stables, réguliers et suffisants pour subvenir à ses propres besoins et à ceux des membres de sa famille et ne pas devenir une charge pour les pouvoirs publics
- l'étudiant étranger apporte la preuve qu'il dispose d'un logement suffisant pour recevoir le ou les membres de sa famille qui demandent à le rejoindre
- l'étudiant étranger apporte la preuve qu'il dispose d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique pour lui-même et les membres de sa famille
- un certificat médical fournit la preuve qu'aucun membre de la famille n'est atteint d'une des maladies pouvant mettre en danger la santé publique.

En ce qui concerne la procédure, la règle prévoit ici aussi que la demande soit faite à l'étranger, à savoir auprès du poste diplomatique ou consulaire belge du lieu où réside le membre de la famille. Tel sera à tous égards le cas des membres de la famille qui ne sont pas ressortissants de l'U.E.

Sur présentation des documents nécessaires, le membre de la famille reçoit de l'ambassade une preuve d'introduction de la demande avec mention de la date d'introduction.

Lorsqu'une demande est faite, mais que l'attestation d'un logement suffisant fait défaut, l'O.E. peut tout de même commencer à examiner le dossier sur présentation d'un accusé de réception document annexe 6. L'O.E. examine donc le dossier et, si toutes les autres conditions sont remplies, donne son accord à la délivrance d'un visa de type D, sous réserve de présentation de la preuve d'un logement suffisant (= document annexe 7 ou pas de décision dans les 6 mois de la remise du document annexe 6). Dès que le demandeur prouve l'existence d'un logement suffisant au poste étranger, celui-ci délivre le visa.

Soulignons ici aussi que l'autorisation de séjour doit être accordée par l'O.E. si toutes les preuves précitées ont été apportées. Un délai de traitement de maximum 15 mois est d'application à compter de la remise de tous les documents requis.

De façon générale, en cas de décision favorable ou lorsqu'aucune décision n'est signifiée dans le délai de maximum 15 mois, le membre de la famille obtient une "autorisation de séjour provisoire" sous la forme d'un visa de type D, avec lequel il peut se rendre en Belgique.

Après son arrivée en Belgique, le membre de la famille doit se présenter à la commune du lieu où il réside dans les 8 jours ouvrables. La commune met alors en sa possession une déclaration d'arrivée (document annexe 3). Les attestations produites sont contrôlées, de même que le lieu de résidence. Si tout est en ordre, il sera finalement inscrit dans le registre des étrangers et mis en possession d'un CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte A électronique.

Toutefois, le membre de la famille d'un étudiant étranger autorisé à séjourner peut aussi faire application de l'article 25/2 de l'A.R.E. pour introduire sa demande auprès de l'administration communale du lieu où il séjourne en Belgique (voir supra IV.3.a./p.ex. si ce membre de la famille est un ressortissant de l'U.E. et n'est donc pas soumis à l'obligation de visa pour voyager en Belgique). Dès l'instant où il aura fourni tous les documents requis ainsi que la preuve de son séjour légal en Belgique et moyennant un contrôle de résidence positif, l'administration communale le mettra en possession d'un document prouvant que la demande a été introduite (document annexe 41), l'inscrira dans le registre des étrangers et le mettra en possession d'une attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange") valable 9 mois ou maximum 15 mois après prorogation.

Si l'O.E. statue ensuite favorablement sur la demande ou ne porte aucune décision à la connaissance de l'administration communale dans un délai de 15 mois à compter de la remise du document annexe 41, les pouvoirs publics précités délivrent alors à l'étranger un CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou une carte A électronique. L'attestation d'immatriculation est éventuellement prolongée jusqu'à la remise de cette preuve.

Ajoutons pour être tout à fait complet que la demande peut également être faite à partir d'un séjour illégal en Belgique (art. 10<sup>ter</sup> de la L.E. qui renvoie à l'art. 9<sup>bis</sup> de la L.E.). L'étranger doit alors prouver qu'il se trouve dans des "circonstances exceptionnelles" qui l'empêchent de retourner dans son pays pour y introduire la demande via l'ambassade belge.

Le cas échéant, la demande doit être introduite auprès de l'administration communale du lieu de résidence et être accompagnée, outre les documents mentionnés ci-avant pour le regroupement familial, d'une preuve d'identité et d'une preuve des circonstances exceptionnelles. Un contrôle de résidence sera effectué; s'il s'avère positif, la commune transmettra la demande à l'O.E. et mettra le membre de la famille en possession d'une déclaration d'arrivée (document annexe 3).

L'O.E. se prononce d'abord sur la recevabilité de la demande. Si toutes les preuves n'ont pas été produites ou que les circonstances exceptionnelles ne sont pas avérées, l'O.E. déclare la demande irrecevable.

Si l'O.E. estime la demande recevable, le membre de la famille est inscrit dans le registre des étrangers et mis en possession d'un document qui prouve que la demande a été introduite (document annexe 41) et d'une attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange") valable 9 mois ou maximum 15 mois après prorogation.

Si l'O.E. statue ensuite favorablement sur la demande ou ne porte aucune décision à la connaissance de l'administration communale dans un délai de 15 mois à compter de la remise du document annexe 41, les pouvoirs publics précités délivrent alors à l'étranger un CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou une carte A électronique.

Les membres de la famille d'un étudiant autorisé à séjourner obtiennent une autorisation de séjour dont la durée coïncide à la durée de l'autorisation de la personne rejointe.

## LE TITRE DE SÉJOUR

Si l'on se réfère à l'article 128<sup>quinquies</sup>, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, une autorisation – de plein droit – à séjourner plus de 3 mois est donc requise. Ce qui sera toujours le cas pour l'étudiant étranger et les membres de sa famille puisque les procédures précitées portent sur ce que l'on appelle le "long séjour" ou séjour de plus de 3 mois.

La preuve de l'autorisation de séjour pour plus de 3 mois sera toujours et uniquement fournie par le CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou par la carte A électronique et non pas au moyen de l'attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange"), délivrée dans certaines phases de la procédure, qui ne concerne qu'un titre de séjour précaire, temporaire.

## e. Étrangers autorisés à séjourner en tant que chercheurs

### LE CHERCHEUR (ART. 61/11 L.E.)

La L.E. décrit le chercheur comme un *“titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur donnant accès aux programmes de doctorat dans le pays d'obtention de ce diplôme, qui est sélectionné par un organisme de recherche agréé en Belgique, pour mener un projet de recherche pour lequel les qualifications susmentionnées sont requises, à l'exclusion du chercheur détaché par un organisme de recherche établi dans un autre État membre de l'Union européenne, auprès d'un organisme de recherche établi en Belgique ainsi que du chercheur qui vient effectuer des recherches, en qualité d'étudiant, en vue de l'obtention d'un doctorat”*.

Un système a été introduit à l'égard du chercheur étranger, par analogie à celui de l'étudiant étranger. On peut donc se référer à l'exposé relatif à ce dernier. Le chercheur étranger peut donc lui aussi demander une autorisation de séjour, tant auprès d'un poste diplomatique ou consulaire belge à l'étranger qu'auprès du bourgmestre du lieu où il réside en Belgique sur base de l'article 25/2 de l'A.R.E. Ici aussi, l'O.E. est tenu de délivrer l'autorisation de séjour si les documents suivants sont produits:

- un document de voyage en cours de validité
- une convention d'accueil conclue avec un organisme de recherche agréé en Belgique
- un certificat médical d'où il résulte qu'il n'est pas atteint d'une des maladies qui constituent un danger pour la santé publique
- un certificat de bonne vie et mœurs.

Ici aussi, l'O.E. peut décider de ne pas exiger les deux derniers documents.

### LES MEMBRES DE LA FAMILLE QUI VIENNENT LE REJOINDRE (ART. 61/13 L.E.)

En ce qui concerne les membres de la famille du chercheur autorisé à séjourner, le régime (prévu à l'art. 10bis, § 2 de la L.E.) est identique au régime en vigueur pour les membres de la famille de l'étudiant étranger autorisé à séjourner, avec comme seule exception le fait que la preuve de moyens de subsistance stables, réguliers et suffisants ne doit être fournie qu'en cas de regroupement familial avec un enfant handicapé célibataire commun ou non commun de plus de 18 ans (voir supra IV.3.d.).

### LE TITRE DE SÉJOUR

Tant le chercheur autorisé que les membres de sa famille autorisés sont inscrits dans le registre des étrangers et mis en possession d'un CIRE – “carte blanche” d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte A électronique.

L'autorisation de séjourner délivrée au chercheur étranger est limitée à la durée du projet de recherche, telle que fixée dans la convention d'accueil conclue entre le chercheur et l'organisme de recherche agréé.

La durée de l'autorisation de séjour des membres de la famille est identique à celle du chercheur étranger qu'ils viennent rejoindre.

Si l'on se réfère à l'article 128quinquies, § 1<sup>er</sup>, premier tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, une autorisation –de plein droit– à séjourner plus de 3 mois est donc requise. Ce qui sera toujours le cas dans ce contexte puisque le régime exposé ici s'inscrit dans ce que l'on appelle le régime du long séjour.

Soulignons encore une fois que la preuve de l'autorisation requise est uniquement fournie par le CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusque fin 2008) ou par la carte A électronique et non pas au moyen de l'attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange"), délivrée dans certaines phases de la procédure, qui ne concerne qu'un titre de séjour précaire, temporaire.

## f. Étrangers autorisés à séjourner en Belgique en tant que bénéficiaires du statut de résident de longue durée dans un autre État membre de l'U.E.

### LE RÉSIDENT DE LONGUE DURÉE (ART. 61/7 L.E.)

Les États liés par la directive 2003/109/CE du Conseil de l'Union européenne du 25 novembre 2003 relative au statut des ressortissants de pays tiers résidents de longue durée, sont tous les États membres de l'U.E., à l'exception du Danemark, de l'Irlande et du Royaume-Uni.

Lorsqu'un étranger qui est titulaire d'un permis de séjour CE pour résident de longue durée en cours de validité (voir infra IV.5.b. pour la procédure d'obtention de ce statut de séjour en Belgique), délivré par un État précité autre que la Belgique sur base de la directive précitée, introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de 3 mois (donc pour obtenir un deuxième séjour en Belgique), cette demande doit être acceptée par l'O.E., à condition que l'étranger ne souffre pas d'une maladie qui constitue un danger pour la santé publique, ne constitue pas un danger pour l'ordre public ou la sécurité nationale et qu'il vienne en Belgique soit pour exercer une activité en tant que salarié ou indépendant, soit pour suivre des études ou une formation professionnelle, soit à d'autres fins.

Dans le premier cas, l'étranger doit fournir la preuve qu'il est autorisé à travailler en Belgique ou qu'il est exempté de cette autorisation et que, selon le cas, il possède un contrat de travail, une proposition de contrat de travail ou les documents requis pour exercer une activité en tant qu'indépendant et que, sur base de cette activité, il percevra ou pourra percevoir des revenus stables, réguliers et suffisants pour subvenir à ses propres besoins et à ceux des membres de sa famille et ne pas devenir une charge pour les pouvoirs publics.

Dans le deuxième cas, l'étranger doit satisfaire aux conditions pour être autorisé à séjourner comme étudiant étranger (voir supra IV.3.d.).

Dans le troisième cas, l'étranger doit prouver qu'il dispose de revenus stables, réguliers et suffisants pour subvenir à ses propres besoins et à ceux des membres de sa famille et ne pas devenir une charge pour les pouvoirs publics et qu'il dispose d'une assurance maladie qui couvre les risques en Belgique.

La demande peut d'abord être introduite à l'étranger auprès d'un poste diplomatique ou consulaire belge. L'étranger reçoit, dans ce cas, de l'ambassade ou du consulat une preuve de l'introduction de la demande. L'O.E. doit ensuite statuer dans les quatre ou sept mois en cas de prolongation (possible une seule fois pour 3 mois).

En cas de décision favorable ou si l'O.E. ne communique aucune décision au poste diplomatique ou consulaire dans le délai précité et que tous les documents requis ont été transmis, l'étranger est autorisé à un séjour limité en Belgique (un visa lui est donc délivré).

Avec son passeport et l'autorisation de séjour (c.-à-d. le visa), l'étranger peut se rendre en Belgique, où il doit se présenter à la commune de son lieu de résidence dans les 8 jours ouvrables de son arrivée. Sur présentation de son autorisation de séjour (c.-à-d. le visa), l'étranger reçoit alors un CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée d'un an (délivré jusque fin 2008) ou une carte A électronique d'une même durée, et est inscrit dans le registre des étrangers. Ensuite, l'étranger reçoit chaque fois un renouvellement de son CIRE aussi longtemps qu'il remplit les conditions de son séjour.

Si la demande peut être introduite de l'étranger, elle peut aussi l'être en Belgique, tant sur base d'un séjour légal que sur base d'un séjour illégal en Belgique.

La demande à partir d'un séjour légal en Belgique doit être introduite auprès de la commune du lieu de résidence, qui contrôlera tout d'abord si l'intéressé réside bien sur le territoire de la commune (= contrôle de résidence).

Dans le cas d'un contrôle de résidence positif, l'étranger reçoit de la commune la preuve que la demande a été introduite (= document annexe 41) et la commune transmet la demande à l'O.E.

Si le résident de longue durée demande un séjour en tant que salarié ou indépendant, la commune peut également statuer elle-même sur la demande, c.-à-d. immédiatement après le contrôle de résidence sans transmettre la demande à l'O.E.. Dans ce cas, le résident de longue durée doit transmettre les documents suivants: (a) un permis de travail B, une carte professionnelle, une attestation d'exemption de cette obligation délivrée par le service public compétent ou toute autre preuve réputée suffisante par les ministres compétents pour confirmer l'exemption, (b) un certificat médical d'où il appert qu'il ne souffre pas d'une maladie qui constitue un danger pour la santé publique et (c) un certificat de bonne vie et mœurs. Si tous ces documents sont transmis, la commune reconnaît un droit de séjour limité sous la forme d'un CIRE - "carte blanche" (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte A électronique.

Dans tous les autres cas, l'O.E. doit notifier sa décision à la commune dans les quatre mois de la demande. Ce délai peut être prolongé une fois par l'O.E. à raison de trois mois.

En cas de décision favorable ou si l'O.E. ne communique aucune décision à la commune dans le délai précité et que tous les documents requis ont été transmis, l'étranger est autorisé à un séjour limité en Belgique.

En cas de demande sur base d'un séjour illégal, la même procédure s'applique, à l'exception du fait qu'il faudra prouver l'existence de "circonstances exceptionnelles" empêchant l'introduction de la demande auprès du poste diplomatique ou consulaire belge du pays où l'étranger dispose du statut de résident de longue durée, d'une part, et à l'exception du fait que la commune délivrera une déclaration d'arrivée en cas de contrôle de résidence positif (document annexe 3) et ne délivrera un document annexe 41 (= preuve que la demande a été introduite) que lorsque l'O.E. aura déclaré la demande recevable (c.-à-d. aura statué sur l'existence des circonstances exceptionnelles précitées), d'autre part.

Aussi dans ces deux cas de demandes en Belgique, l'étranger est finalement inscrit dans le registre des étrangers et mis en possession d'un CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée d'un an (pour les étudiants, un CIRE valable jusqu'au 31 octobre de l'année suivante est délivré) (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte A électronique de même durée. Ensuite, l'étranger reçoit chaque fois un renouvellement du CIRE aussi longtemps qu'il remplit les conditions de son séjour.

Après une période de 5 ans qui suit la remise du titre de séjour précité, l'autorisation de séjour devient alors illimitée, excepté pour l'étudiant. L'étranger est mis en possession d'un CIRE - "carte blanche" d'une durée illimitée (délivré jusque fin 2008) ou d'une carte B électronique.

Si l'on se réfère à l'article 128<sup>quinquies</sup>, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, ces étrangers sont titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, puisqu'une autorisation leur sera toujours accordée pour plus de 3 mois.

### LES MEMBRES DE SA FAMILLE (ART. 10BIS, § 3 L.E.)

Les membres de la famille suivants d'un étranger qui a un permis de séjour CE pour résident de longue durée délivré par un autre État membre de l'UE sur base de la directive précitée et qui est autorisé à un séjour de plus de 3 mois en Belgique, ont le droit de le rejoindre sous conditions:

- le conjoint ou l'étranger avec lequel un partenariat enregistré considéré comme équivalent à un mariage en Belgique ou un partenariat enregistré conformément à une loi a été conclu
- leurs enfants mineurs (communs et non communs)
- leurs enfants handicapés célibataires majeurs (communs et non communs).

Il s'agit des mêmes membres de la famille que dans le cas de l'étudiant étranger et du chercheur étranger (voir supra IV.3.d. et IV.3.e.). Il s'agit toujours en réalité des étrangers mentionnés à l'article 10, § 1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup> à 6<sup>o</sup> de la L.E. On peut donc se référer à l'exposé infra IV.4.a.

En ce qui concerne la procédure, le membre de la famille qui a la nationalité d'un pays extérieur à l'U.E. (quand on parle de l'U.E. dans le cadre de la réglementation sur les étrangers, on entend toujours l'E.E.E. (art. 69*bis* de l'A.R.E. – voir infra IV.4.b.)) doit en principe demander un visa de type D auprès du poste diplomatique ou consulaire belge compétent dans le cadre du regroupement familial.

Lorsque l'intéressé peut démontrer qu'il est un membre de la famille d'un résident de longue durée provenant d'un autre État membre de l'U.E. autorisé à un deuxième séjour en Belgique, il reçoit de l'ambassade une preuve que la demande a été introduite, avec mention de la date d'introduction. La preuve du lien de parenté ou du partenariat, accompagnée d'une copie du permis de séjour de résident de longue durée C.E. de l'étranger que l'on veut rejoindre, suffit donc pour introduire valablement la demande.

Les autres documents et pièces justificatives doivent être transmis au plus tard 4 mois après la date d'introduction.

L'O.E. statue sur la demande dans les 4 mois. En cas de décision favorable ou si l'O.E. ne communique aucune décision à la commune dans les quatre mois, délai éventuellement prolongé de trois mois, l'étranger est autorisé à un séjour limité en Belgique à condition d'avoir transmis tous les documents requis. Le membre de la famille obtient un visa de type D, avec lequel il peut se rendre en Belgique.

Le membre de la famille doit se présenter à la commune du lieu de résidence dans les 8 jours ouvrables de son arrivée en Belgique.

Sur présentation du visa de type D apposé dans le passeport, la commune inscrira le membre de la famille dans le registre des étrangers et lui remettra un CIRE sous la forme d'une carte A électronique (jusqu'à fin 2008, la commune pouvait encore délivrer un CIRE en carton - "carte blanche" d'une durée limitée).

Ce CIRE sera délivré pour la même durée que l'autorisation de l'étranger rejoint par le membre de la famille.

Toutefois, si le membre de la famille a la nationalité d'un pays U.E./E.E.E., il peut venir en Belgique sans visa et se faire enregistrer à la commune. Lorsque le membre de la famille a déjà un permis de séjour dans un État membre de l'UE – le pays où le résident de longue durée a obtenu son statut, p.exemple – le membre de la famille est également exempté de l'obligation de visa.

Pour introduire une demande valable auprès de la commune, les documents suivants suffisent: la preuve du séjour légal en Belgique, la preuve du lien de parenté ou du partenariat et une copie du permis de séjour de résident de longue durée C.E. de l'étranger qu'on veut rejoindre.

Les autres documents et pièces justificatives doivent être transmis au plus tard 4 mois après la date d'introduction.

La commune contrôle d'abord si l'intéressé séjourne sur le territoire de la commune. En cas de contrôle positif, l'étranger reçoit une preuve que la demande a été introduite (= document annexe 41). Lorsque l'étranger que le membre de la famille vient rejoindre est déjà en possession lui-même d'un droit de séjour en Belgique, le membre de la famille est en outre inscrit dans le registre des étrangers. La commune lui délivre alors une attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange"), ayant la même durée de validité que le titre de séjour de l'étranger qu'il vient rejoindre, avec toutefois un maximum de 4 mois. La commune transmet ensuite la demande à l'O.E., qui doit statuer dans les quatre mois de la demande.

En cas de décision favorable ou si l'O.E. ne communique pas de décision à la commune dans les quatre mois, délai éventuellement prolongé de trois mois, l'étranger est autorisé à un séjour limité en Belgique et mis en possession d'une carte A électronique (jusqu'en fin 2008, la commune pouvait encore délivrer un CIRE en carton - "carte blanche" d'une durée limitée), à condition d'avoir transmis tous les documents requis.

L'autorisation sera accordée pour la même durée que pour l'étranger rejoint par le membre de la famille.

Dans des cas exceptionnels, le regroupement familial peut également être demandé à partir d'un séjour illégal en Belgique. L'étranger doit alors prouver qu'il se trouve dans des "circonstances exceptionnelles" qui l'empêchent de retourner dans son pays pour y introduire la demande via l'ambassade belge.

La demande doit être adressée, le cas échéant, au bourgmestre du lieu de résidence réel et la preuve des circonstances exceptionnelles doit être jointe à la demande.

L'agent de quartier procédera tout d'abord à un contrôle de résidence pour la commune, afin de vérifier si le demandeur réside à l'adresse indiquée. Si le contrôle de résidence est positif, la commune transmet immédiatement la demande à l'O.E. Le demandeur reçoit alors une déclaration d'arrivée (document annexe 3).

L'O.E. se prononcera ensuite d'abord sur la recevabilité. Lorsque les circonstances exceptionnelles ne sont pas prouvées, l'O.E. déclare la demande irrecevable. Par contre, quand l'O.E. juge la demande recevable, l'étranger reçoit une preuve que la demande a été introduite (= document annexe 41). Lorsque l'étranger que le membre de la famille vient rejoindre est déjà en possession lui-même d'un droit de séjour, le membre de la famille est en outre inscrit dans le registre des étrangers. La commune lui délivre alors une attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange"), ayant la même durée de validité que le titre de séjour de l'étranger qu'il vient rejoindre, avec toutefois un maximum de 4 mois.

Pour le reste, la procédure est la même que la procédure à suivre en cas de séjour légal.

Si l'on se réfère à l'article 128quinquies, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, ces étrangers sont titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, puisqu'une autorisation leur sera toujours accordée pour plus de 3 mois.

## LE TITRE DE SÉJOUR

La preuve de l'autorisation requise (- de plein droit - pour plus de 3 mois) sera -simplement et uniquement- fournie soit par le CIRE - "carte blanche" d'une durée limitée (délivré jusqu'en fin 2008) ou la carte A électronique, soit par le CIRE - "carte blanche" d'une durée illimitée (délivré jusqu'en fin 2008) ou la carte B électronique. L'attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange"), délivrée dans certaines phases de la procédure, ne concerne qu'un titre de séjour précaire, temporaire et ne pourra servir de preuve.

### g. Regroupement familial avec un étranger autorisé à un séjour d'une durée limitée – Régime général (art. 10*bis*, § 2 L.E.)

Dans le cas de membres de la famille d'un étranger autorisé à un séjour limité en Belgique qui n'est ni un étudiant étranger ni un résident de longue durée dans un autre État membre de l'U.E. autorisé à un deuxième séjour en Belgique, la procédure stipulée à l'article 10*bis*, § 2 de la L.E. est d'application.

Le regroupement familial avec un chercheur étranger est une application de l'article de loi précité, de sorte qu'on pourra se référer à l'exposé supra IV.3.e.

Si l'on se réfère à l'article 128*quinquies*, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, ces étrangers sont titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, puisqu'une autorisation leur sera toujours accordée pour plus de 3 mois. Il s'agit en effet d'une demande de "long séjour".

Soulignons encore pour être tout à fait complet que le membre de la famille autorisé à un séjour d'une durée limitée par suite d'un regroupement familial avec un étranger lui-même autorisé à un séjour d'une durée limitée (de façon générale, mais aussi pour le chercheur étranger, l'étudiant étranger et le résident de longue durée dans un autre État membre de l'U.E. autorisé à un deuxième séjour en Belgique), obtient un droit de séjour d'une durée indéterminée après trois ans de séjour en Belgique à compter de la délivrance de l'attestation d'immatriculation modèle A, si le membre de la famille rejoint obtient lui-même ce droit de séjour d'une durée indéterminée.

Dans l'attente de cette échéance, il faudra continuer à demander la prorogation du CIRE limité. La prorogation ne sera accordée que si les conditions imposées au regroupement familial sont toujours réunies. Pour la prorogation, il n'est cependant plus nécessaire de présenter une nouvelle attestation de logement suffisant.

Si l'on se réfère à l'article 128*quinquies*, § 1<sup>er</sup>, premier tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, ces étrangers sont naturellement titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, puisque pour la catégorie traitée ici, une autorisation – de plein droit – de plus de 3 mois est requise, et les étrangers concernés sont autorisés, le cas échéant, à un séjour d'une durée illimitée.

## 4. Étrangers admis de plein droit à séjourner plus de trois mois

Cette catégorie d'étrangers regroupe les titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé sur la base à la fois de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 15<sup>o</sup>, de la loi SSI et de l'article 128*quinquies*, § 1<sup>er</sup>, premier tiret de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, qui mentionnent tous les deux les "étrangers qui sont admis de plein droit à séjourner plus de trois mois dans le Royaume".

### a. Régime général (art. 10 L.E.)

L'article 10 de la L.E. prévoit pour une série de catégories d'étrangers (un peu comme les catégories d'étrangers autorisés de plein droit à séjourner plus de 3 mois – voir IV.3. supra) un droit au séjour, contrairement aux étrangers autorisés à séjourner plus de 3 mois, pour qui l'O.E. jouit d'une liberté d'appréciation (cf. IV.2. supra). Par rapport à l'article 10 de la L.E., il appartient (essentiellement) à l'O.E. de vérifier si l'étranger répond à l'une des catégories prévues dans l'article. Dans l'affirmative et si l'étranger répond aux conditions fixées, l'O.E. est tenu de l'admettre au séjour.



## QUI ?

Les catégories suivantes d'étrangers bénéficient du droit de séjour sur la base de l'article 10 de la L.E. :

(a) l'étranger dont le droit de séjour est reconnu par un traité international, par une loi ou par un arrêté royal (§ 1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>)

Il s'agit essentiellement de ressortissants européens et de réfugiés reconnus. Ils constituent toutefois des étrangers dits "privilegiés" qui ne relèvent pas du régime général, mais sont soumis à un régime spécifique les concernant. Nous en discuterons plus loin.

Rentrent également dans cette catégorie les étrangers ressortissants d'un pays avec lequel l'Union européenne a conclu un traité, si ce traité prévoit un droit de séjour.

Un accord créant une association entre la CEE et la Turquie a ainsi été conclu le 12 septembre 1963 à Ankara et approuvé par la Belgique par la loi du 15 juillet 1967. Le 23 novembre 1970, un Protocole complémentaire a encore été signé à Bruxelles et approuvé par la Belgique par la loi du 18 août 1972. En exécution des articles 22 et 23 de l'accord, un Conseil d'association a été mis sur pied, qui a entre autre adopté la Décision n°1/80 du 19 septembre 1980. Suite aux arrêts<sup>32</sup> Sevince du 20 septembre 1990, Kus du 16 décembre 1992 et Eroglu du 5 octobre 1994 de la Cour de justice européenne, qui reconnaissent l'application directe, entre autre, de l'article 6 de l'arrêté précité en vertu duquel un travailleur turc bénéficie progressivement d'un accès illimité au marché du travail – du fait qu'il contient une obligation suffisamment claire et précise – et stipulent en principe que lorsqu'une disposition accorde à un travailleur l'accès à toute activité salariée, cela implique nécessairement qu'au moment en question au moins, il bénéficie d'un droit de séjour, le travailleur turc qui bénéficie d'un accès illimité au marché belge du travail dispose, par conséquent, d'un droit de séjour en Belgique.

Dans le passé, des accords bilatéraux existaient également entre l'U.E. et les pays PECO (Pays d'Europe centrale et orientale : Pologne, Hongrie, Roumanie, Bulgarie, Tchéquie, Slovaquie, Estonie, Lettonie, Lituanie et Slovénie), mais ceux-ci sont devenus sans intérêt depuis l'élargissement de l'Union au 1<sup>er</sup> mai 2004 (10 pays) et au 1<sup>er</sup> janvier 2007 (Roumanie et Bulgarie).

Enfin, il faut encore signaler la Suisse dont les ressortissants sont également considérés comme étrangers privilégiés, suite à l'Accord conclu entre la Suisse et l'U.E. le 21 juin 1999. À l'instar des ressortissants européens et des réfugiés reconnus, ils ne relèvent donc pas du régime général et seront évoqués plus tard.

Ensuite, il s'agit de l'enfant de moins de 16 ans qui voyage accompagné de l'un de ses (grands-) parents ou de son tuteur, pour autant que cette personne réponde elle-même aux conditions pour séjourner plus de trois mois dans le Royaume (art. 24, 2<sup>e</sup> al. de l'A.R.E).

Enfin, mentionnons divers accords bilatéraux signés par la Belgique avec le Maroc (accord du 17.02.1964), l'Algérie (08.01.1970), la Tunisie (07.08.1969), la Turquie (16.07.1964) et l'ex-Yougoslavie (23.07.1970/important pour les pays qui faisaient partie de l'ex-Yougoslavie mais ne sont pas membres de l'U.E.), qui contiennent des dispositions plus avantageuses que l'article 10 de la L.E. en matière de regroupement familial des travailleurs migrants.

32. Les arrêts Sevince du 20.09.1990 et Kus du 16.12.1992 de la Cour stipulent que les dispositions de la Décision n°1/80 sont d'application directe lorsque, compte tenu des formulations, de l'objectif et de la nature de l'accord, ils contiennent une obligation suffisamment claire et précise. Dans l'arrêt Eroglu du 05.10.1994, la Cour a poursuivi dans le même sens et a jugé que, lorsqu'une disposition permet à un travailleur d'accéder à toute activité salariée, cela implique nécessairement qu'à ce moment au moins, il bénéficie d'un droit de séjour.

Ces accords ne peuvent être invoqués par les ressortissants de ces pays que dans la mesure où ils satisfont aux conditions de travail et/ou de logement définies dans l'accord qui est d'application.

Les principales dispositions de ces accords sont les suivantes :

- en vertu de l'article 13 de l'accord avec le Maroc, le travailleur qui séjourne en Belgique peut faire venir son épouse et ses proches mineurs à charge après avoir travaillé 3 mois en Belgique et s'il dispose pour sa famille d'un logement adapté. Le visa prévu pour un séjour sur la base de cet accord doit être demandé auprès des autorités diplomatiques ou consulaires belges
- en vertu de l'article 11 de l'accord avec la Turquie, le travailleur qui séjourne en Belgique peut faire venir son épouse, ses enfants mineurs et, sous certaines conditions, ses ascendants à charge après avoir travaillé un mois en Belgique et s'il dispose pour sa famille d'un logement adapté
- en vertu de l'article 13 de l'accord avec la Tunisie et l'article 14 des accords avec l'Algérie et la Yougoslavie, le travailleur qui séjourne en Belgique peut faire venir son épouse et ses enfants mineurs après avoir travaillé trois mois en Belgique et s'il dispose pour sa famille d'un logement adapté.

(b) l'étranger qui répond aux conditions pour acquérir la nationalité belge par déclaration d'option ou par recouvrement de la nationalité belge (§ 1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>)

Il s'agit de l'étranger :

- qui répond aux conditions de l'article 13, 1<sup>o</sup> (enfant né en Belgique), 3<sup>o</sup> (enfant né à l'étranger dont l'un des parents ou adoptants est belge ou l'était au moment de la naissance), 4<sup>o</sup> (enfant qui, pendant un an avant l'âge de six ans, a eu sa résidence principale en Belgique avec un parent ou représentant légal) du Code de la nationalité belge (C.N.B.)
- qui a perdu la nationalité belge du fait de l'obtention volontaire d'une autre nationalité et répond aux conditions de l'article 24 C.N.B. pour recouvrer la nationalité belge.

Contrairement à ce que prévoit le C.N.B., il n'est toutefois pas impératif qu'il ait eu sa résidence principale en Belgique pendant les douze mois qui précèdent la demande.

Il n'est pas non plus impératif que, pour avoir droit de séjour, l'étranger en question ait effectivement introduit une déclaration d'option ou de recouvrement.

(c) la femme belge qui a perdu sa nationalité (§ 1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>)

Cette disposition a été prévue en raison d'une disposition de l'ancienne loi sur la nationalité en vertu de laquelle la femme belge qui se mariait à un étranger perdait dans certains cas sa nationalité.

(d) le regroupement familial par mariage (§ 1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup>)

Le conjoint et les enfants d'un étranger autorisé ou admis à séjourner pour une durée illimitée bénéficient du droit de séjour, aux conditions suivantes :

- en ce qui concerne l'enfant :

L'enfant doit pour ce faire répondre à quatre conditions cumulatives :

- avoir moins de 18 ans
- être à charge
- vivre avec le(s) parent(s)
- être célibataire.

Sont concernés aussi bien les enfants communs (aux deux conjoints) que nés d'un autre lit (d'un seul des conjoints). Par rapport aux derniers, il faut cependant que l'étranger rejoint dans le Royaume ou son conjoint bénéficie du droit de garde et, en cas de garde partagée, que l'autre titulaire du droit de garde ait donné son accord.

Les enfants adoptés peuvent également invoquer le droit de séjour sur la base du regroupement familial.

Les enfants issus de mariages polygames sont exclus du regroupement familial lorsqu'un autre conjoint que leur parent séjourne déjà dans le Royaume.

- en ce qui concerne le conjoint :

Le conjoint doit répondre à trois conditions cumulatives :

- apporter la preuve de sa qualité de conjoint, en principe en produisant un acte de mariage
- avoir au moins 21 ans - l'âge minimum vaut pour les deux conjoints - ou 18 ans si le lien conjugal préexistait à l'arrivée de l'étranger rejoint dans le Royaume
- cohabiter avec l'étranger rejoint.

Le droit au regroupement familial par mariage n'est pas applicable au conjoint d'un étranger polygame lorsqu'un autre conjoint de celui-ci séjourne déjà dans le Royaume.

En outre, un étranger admis à séjourner en Belgique à la suite d'un regroupement familial par mariage doit attendre deux ans pour pouvoir invoquer lui-même le droit d'être rejoint sur la base d'un mariage.

(e) le regroupement familial sur la base d'un partenariat enregistré (§ 1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup>)

Il existe deux régimes en matière de regroupement familial sur la base d'un partenariat enregistré avec un étranger autorisé ou admis à séjourner pour une durée illimitée :

- regroupement familial sur la base d'un partenariat enregistré considéré comme équivalent à un mariage en Belgique

Cette forme de regroupement familial est régie de manière identique que le regroupement familial sur la base d'un mariage.

Les cas dans lesquels un partenariat enregistré dans le cadre d'une loi étrangère est considéré comme équivalent à un mariage en Belgique sont définis par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres. C'est le cas pour les partenariats enregistrés sur base de la législation des pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède, Finlande et Islande), de l'Allemagne et du Royaume-Uni<sup>33</sup>.

- regroupement familial sur la base d'un partenariat enregistré conformément à une loi

Dans le cas d'un partenariat enregistré conformément à une loi, qui n'est pas considéré comme équivalent à un mariage en Belgique, les partenaires doivent établir d'une relation durable et stable datant d'au moins 1 an. Pour que la relation soit considérée comme stable, les deux personnes doivent vivre ensemble, être âgées d'au moins 21 ans -ou 18 ans si la relation existait déjà avant l'arrivée de la première personne en Belgique-, ne pas être mariées et ne pas entretenir de relation durable avec une autre personne. L'enregistrement de la cohabitation peut être effectué aussi bien par une autorité étrangère qu'en Belgique, sous la forme d'un contrat de cohabitation légale.

33. A.R. du 17.05.2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15.09.2006 modifiant la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (art. 12).

Ici aussi, un étranger admis à séjourner en Belgique à la suite d'un regroupement familial sur la base d'un partenariat enregistré conformément à une loi doit attendre deux ans pour pouvoir invoquer lui-même le droit à être rejoint sur la base d'un partenariat enregistré conformément à une loi.

Les enfants de l'étranger à qui s'applique ce régime bénéficient également du droit de séjour. Le régime d'application est identique à celui du regroupement familial sur la base du mariage.

(f) l'enfant handicapé célibataire (§ 1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>, 6<sup>o</sup>)

Il s'agit de l'enfant handicapé célibataire âgé de plus de 18 ans d'un étranger autorisé ou admis à séjourner dans le Royaume pour une durée illimitée ou de son conjoint ou partenaire au sens des catégories (d) et (e), pour autant qu'il fournisse une attestation émanant d'un médecin agréé par le poste diplomatique ou consulaire belge indiquant qu'il se trouve, en raison de son handicap, dans l'incapacité de subvenir à ses propres besoins.

(g) le père et la mère d'un étranger reconnu réfugié (§ 1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>, 7<sup>o</sup>)

Bénéficient également du droit de séjour, les parents d'un étranger reconnu réfugié qui viennent vivre avec lui, pour autant que celui-ci soit âgé de moins de 18 ans et soit entré dans le Royaume sans être accompagné d'un étranger majeur responsable de lui par la loi et n'ait pas été effectivement pris en charge par une telle personne par la suite, ou ait été laissé seul après être entré dans le Royaume.

## CONDITIONS

En plus de vérifier si l'étranger correspond à l'un des cas évoqués à l'article 10 de la L.E., l'O.E. contrôle s'il répond aux conditions matérielles suivantes :

a) les étrangers visés aux catégories (b) et (c) doivent apporter la preuve qu'ils disposent de moyens de subsistance stables, suffisants et réguliers pour subvenir à leurs propres besoins et ne pas devenir une charge pour les pouvoirs publics.

Les étrangers visés à la catégorie (f) doivent apporter la preuve que l'étranger rejoint dispose desdits moyens de subsistance pour subvenir à ses propres besoins et à ceux des membres de sa famille.

b) pour les étrangers visés aux catégories (d), (e) et (f), la preuve doit être apportée que l'étranger rejoint dispose d'un logement suffisant pour pouvoir recevoir le ou les membre(s) de la famille qui demande(nt) à le rejoindre, ainsi que d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique pour lui-même et les membres de sa famille.

Cette obligation n'est toutefois pas applicable aux membres de la famille visés aux catégories (d) et (e) d'un étranger reconnu réfugié, lorsque les liens de parenté ou d'alliance ou le partenariat enregistré sont antérieurs à l'entrée de cet étranger dans le Royaume et pour autant que la demande de séjour sur la base de l'article 10 de la L.E. ait été introduite dans l'année suivant la décision reconnaissant la qualité de réfugié à l'étranger rejoint. L'O.E. peut cependant exiger la production de ces documents lorsque le regroupement familial est possible dans un autre pays avec lequel l'étranger rejoint ou le membre de sa famille a un lien particulier, en tenant compte des circonstances de fait, des conditions fixées dans cet autre pays en ce qui concerne le regroupement familial et de la mesure dans laquelle les étrangers concernés peuvent réunir celles-ci.

c) enfin, l'article 10 de la L.E. impose à tous les étrangers d'apporter la preuve qu'ils ne sont pas atteints d'une des maladies pouvant mettre en danger la santé publique.

## PROCÉDURE

La demande d'admission au séjour doit en général être introduite à l'étranger, auprès du poste diplomatique ou consulaire belge compétent pour le lieu de résidence.

Doivent être joints à la demande tous les documents qui attestent que l'étranger répond aux conditions énoncées (cf. supra). Outre les preuves des conditions mentionnées ci-dessus (certificat médical, attestation d'un logement suffisant émise par la commune, etc.), un certificat de bonnes vies et mœurs doit également être produit si le membre de la famille a plus de 18 ans.

Une fois la demande complétée, l'étranger recevra de l'ambassade un accusé de réception indiquant la date du dépôt de la demande et cette dernière sera transmise à l'O.E.

Lorsque la demande est introduite sans que l'étranger ne dispose déjà d'une attestation d'un logement suffisant, le dossier peut déjà être examiné moyennant la délivrance d'un accusé de réception "document annexe 6" par l'ambassade. L'O.E. examine alors le dossier et, si les autres conditions sont remplies, donne son accord pour la délivrance d'un visa de type D, sous réserve de production d'une attestation de logement suffisant (= document annexe 7 ou pas de décision dans les 6 mois de la délivrance du document annexe 6). Dès que l'étranger apporte au poste étranger la preuve d'un logement suffisant, ce dernier délivre le visa.

Il convient également de souligner que, si l'ensemble des conditions énoncées sont remplies, l'O.E. est tenu d'admettre le séjour de plus de trois mois de l'étranger.

En règle générale, en cas de décision positive de l'O.E. ou lorsqu' aucune décision n'a été signifiée dans un délai de maximum 15 mois à compter de la date à laquelle le dossier est complet, le poste diplomatique ou consulaire belge délivre à l'étranger un visa de type D, qui lui permet de se rendre en Belgique.

Dans les 8 jours ouvrables de son arrivée en Belgique, l'étranger doit se présenter à l'administration communale de son lieu de résidence, qui l'inscrira dans le registre des étrangers et lui remettra un CIRE – "carte blanche" pour une durée limitée d'un an (délivrée jusqu'à fin 2008) ou une carte électronique A valable 1 an.

Ce titre de séjour peut ensuite être prolongé à deux reprises, par périodes d'un an.

L'admission de séjour donnée pour une durée limitée devient illimitée à l'expiration de la période de trois ans et l'étranger se voit remettre un CIRE – "carte blanche" d'une durée illimitée (délivrée jusqu'à fin 2008) ou une carte électronique B.

Dans deux cas, l'admission au séjour peut également être demandée en Belgique, auprès de l'administration communale du lieu de résidence :

1) l'étranger séjourne régulièrement en Belgique, soit en conséquence d'une autorisation ou d'une admission de séjour de plus de 3 mois (comme étudiant, par ex.), soit à la suite d'un court séjour (si, par ex., le membre de la famille est ressortissant européen et peut donc voyager en Belgique sans visa)

Cet étranger devra, avant le terme de son séjour légal, produire tous les documents mentionnés plus haut. Il devra également apporter la preuve de son séjour légal en Belgique.

Si c'est le cas, la commune lui délivrera un document annexe 15*bis*, l'inscrira dans le registre des étrangers et lui remettra une attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange") valable pour une période de 9 mois, qui peut être prolongée à deux reprises, par périodes de 3 mois.

Pendant cette dernière période, l'O.E. vérifie si l'étranger répond à toutes les conditions énoncées. Un contrôle de résidence est aussi effectué par la commune.

Si l'O.E. prend une décision positive ou s'abstient de toute décision dans le délai maximum de 15 mois, le membre de la famille est admis à séjourner et se voit par conséquent délivrer un CIRE – "carte blanche" pour une durée limitée d'un an (délivrée jusqu'à fin 2008) ou une carte électronique A valable un an.

Ce titre de séjour peut ensuite être prolongé à deux reprises, par périodes d'un an.

L'admission au séjour donnée pour une durée limitée devient illimitée à l'expiration de la période de trois ans et l'étranger se voit remettre un CIRE – "carte blanche" d'une durée illimitée (délivrée jusqu'à fin 2008) ou une carte électronique B.

2) l'étranger se trouve dans des circonstances exceptionnelles qui l'empêchent de retourner dans son pays pour demander le visa auprès du poste diplomatique ou consulaire belge compétent

Sont visées les demandes dans le cadre d'un séjour illégal.

Cet étranger devra lui aussi présenter à la commune tous les documents mentionnés plus haut, de même que la preuve de son identité ainsi qu'une preuve des circonstances exceptionnelles.

Après un contrôle de résidence, il recevra un accusé de réception de sa demande, après quoi l'administration communale s'assurera sans délai auprès de l'O.E. de la recevabilité de la demande.

Si l'O.E. estime qu'il existe en effet des circonstances exceptionnelles, l'étranger recevra un document annexe 15*bis*, sera inscrit dans le registre des étrangers et recevra une attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange") valable pour une période de 9 mois, qui peut être prolongée à deux reprises, par périodes de 3 mois.

Ensuite la procédure quant au fond est comparable à celle sous 1).

## LE TITRE DE SÉJOUR

Sur la base de l'article 32, premier alinéa, 15° de la loi SSI ainsi que de l'article 128*quinquies*, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, les étrangers qui obtiennent une admission au séjour sur la base de l'article 10 de la L.E. sont titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, car ils obtiennent une admission au séjour, d'abord pour une période d'un an qui peut être prolongée à deux reprises par périodes d'un an, ensuite pour une durée illimitée.

La preuve de l'admission de plein droit à séjourner plus de trois mois sera toujours apportée par le CIRE - "carte blanche" pour une durée limitée de 1 an (qui peut être prolongée deux fois d'un an) (délivrée jusqu'à fin 2008) ou par la carte électronique A valable pour la même durée, pendant les trois premières années, et par le CIRE - "carte blanche" pour une durée illimitée (délivrée jusqu'à fin 2008) ou par la carte électronique B après trois ans. Ici non plus, la preuve ne peut pas être apportée par l'attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange") délivrée à certaines étapes de la procédure, et qui ne constitue qu'un titre de séjour temporaire, précaire.

## b. Ressortissants européens et assimilés

Une distinction doit être faite entre les ressortissants européens et les personnes qui leur sont assimilées.

### RESSORTISSANTS EUROPÉENS (ART. 40 L.E.)

Pour le ressortissant européen, la L.E. prévoit un régime distinct et plus avantageux que le régime général stipulé à l'article 10 de la L.E.

#### Qui ?

Le régime particulier prévu dans la L.E. s'applique à tout ressortissant d'un État membre de l'Union européenne.

En vertu de l'article 69*bis* de l'A.R.E., introduit après l'instauration de l'Espace économique européen, ce régime s'applique également aux ressortissants du Liechtenstein, de la Norvège et de l'Islande.

Il en va de même pour les ressortissants de la Suisse, en vertu de l'article 69*ter* de l'A.R.E.

## Conditions

Le ressortissant européen est admis à séjourner si :

a. soit il vient en Belgique pour trouver du travail :

En l'occurrence, l'intéressé doit légalement apporter une preuve *"qu'il est toujours à la recherche d'un emploi"* et qu'il a *"des chances réelles d'être engagé"*.

La première preuve sera apportée au moyen d'une inscription auprès du service d'emploi compétent (Actiris, VDAB, Forem) ou une série de copies de lettres de candidature.

La seconde preuve peut être apportée par : les diplômes obtenus, les formations professionnelles éventuellement suivies ou prévues, la durée de chômage, etc.

b. soit il vient en Belgique en tant que travailleur :

Le travailleur U.E. doit établir sa qualité au moyen d'une déclaration d'engagement de l'employeur ou une attestation de travail conforme au modèle figurant au document annexe 19bis.

Tous les citoyens U.E. ne peuvent pas se prévaloir de ce régime pour pouvoir séjourner comme travailleur en Belgique.

Pour les ressortissants de la Bulgarie et de la Roumanie, la "libre circulation des travailleurs" est –pour l'instant– postposée jusqu'au 31 décembre 2011. Pour pouvoir venir travailler en Belgique, les ressortissants bulgares et roumains doivent donc se procurer un permis de travail B et, muni de ce permis, demander une autorisation au séjour au poste diplomatique ou consulaire belge à l'étranger (cf. IV.3.a. supra).

Après 12 mois d'emploi régulier et ininterrompu en Belgique, ces nouveaux citoyens U.E. pourront toutefois demander une attestation d'enregistrement, qui correspond à une demande d'admission au séjour. La preuve en sera, par exemple, apportée par les permis de travail, les fiches de salaire ou les contrats de travail successifs.

c. soit il vient en Belgique en tant qu'indépendant :

L'indépendant U.E. devra apporter la preuve de sa qualité par une inscription à la Banque-Carrefour des Entreprises, avec numéro d'entreprise.

d. soit il vient en Belgique en tant qu'économiquement non actif :

De la part du citoyen U.E. économiquement non actif, la L.E. exige qu'il apporte la preuve qu'il dispose des moyens de subsistance suffisants pour ne pas dépendre de l'assistance sociale belge, ainsi que d'une assurance maladie.

e. soit il vient en Belgique pour y poursuivre des études :

Ce point concerne le citoyen européen inscrit comme étudiant régulier dans un établissement scolaire reconnu, organisé ou subventionné par l'État pour venir y suivre à titre d'activité principale (quelques heures de cours par semaine ne suffisent donc pas) des études (qu'il s'agisse de l'enseignement primaire, secondaire, une préparation à l'enseignement supérieur ou l'enseignement supérieur), en ce compris une formation professionnelle. La preuve en sera apportée par une attestation d'inscription.

L'étudiant devra également apporter la preuve qu'il dispose d'une assurance maladie qui couvre complètement ses frais médicaux en Belgique, ainsi que de moyens de subsistances suffisants pour ne pas tomber à charge de l'assistance sociale. Ceux-ci peuvent être fournis par des jobs que l'étudiant effectuerait ou par une bourse d'études.

## Procédure

En ce qui concerne la procédure, il convient de distinguer le droit de séjour ordinaire du droit de séjour permanent.

### *Droit de séjour ordinaire*

Tout citoyen européen jouit de la liberté de circulation des personnes, avec pour effet qu'il n'a pas besoin de visa pour effectuer un court séjour en Belgique (sauf les Bulgares et les Roumains qui viennent travailler). La seule preuve de la citoyenneté européenne suffit pour pouvoir séjourner pour une période de maximum 3 mois en Belgique.

À moins qu'il ne séjourne à l'hôtel ou dans une pension, le citoyen européen doit signaler sa présence sur le territoire dans les 10 jours ouvrables qui suivent son arrivée en Belgique, auprès de l'administration communale de son lieu de résidence, qui le mettra en possession d'une "déclaration de présence" sous la forme d'un document annexe 3<sup>ter</sup>.

Ensuite, dans les trois mois qui suivent son arrivée en Belgique, le citoyen européen devra demander auprès de la commune une attestation d'enregistrement.

Sur présentation de la preuve de sa citoyenneté européenne (au moyen d'un passeport ou d'une carte d'identité valable ou non ou toute autre preuve de son identité et de sa nationalité, d'un document annexe 10<sup>quater</sup> (laissez-passer spécial délivré à la frontière) ou d'un document annexe 3<sup>ter</sup> (déclaration de présence), la commune inscrira sur-le-champ, sans contrôle préalable de résidence, le citoyen européen dans le registre d'attente et lui délivra un document annexe 19 (demande d'attestation d'enregistrement).

Dès que le contrôle de la résidence réelle aura établi que le citoyen européen réside effectivement sur le territoire de la commune, cette dernière l'inscrira dans le registre des étrangers.

À l'introduction de la demande ou au plus tard dans les trois mois qui suivent, le citoyen européen produira tous les documents qui attestent qu'il répond aux conditions du séjour de longue durée (>3m) d'un citoyen européen (cf. supra).

Si toutes les preuves n'ont pas été transmises dans les trois mois qui suivent la demande, la commune rejette celle-ci et délivre un document annexe 20 (décision de refus de séjour de plus de trois mois) sans ordre de quitter le territoire. Le citoyen européen dispose alors d'un mois pour produire les documents requis.

Pour une série de citoyens européens, l'administration communale peut elle-même décider d'octroyer le droit de séjour, sans l'intervention de l'O.E.. Il s'agit des cas suivants :

- les travailleurs européens (lorsqu'il s'agit d'un emploi de moins de 12 h par semaine, la commune transmettra toutefois la demande à l'O.E.)
- les indépendants européens
- les citoyens européens économiquement non actifs qui bénéficient d'une indemnité d'invalidité, d'une pension d'invalidité, de préretraite ou de vieillesse ou d'une indemnité d'accident de travail ou de maladie professionnelle dont le montant soit au moins égal au niveau de revenus sous lequel l'assistance sociale intervient en Belgique
- les étudiants européens.

Dans les cas précités, la commune délivre sur-le-champ une "attestation d'enregistrement" sous la forme d'une carte électronique E. Cette carte reste en principe valable pendant cinq ans, à moins que le citoyen européen ne déclare qu'il restera moins de cinq ans en Belgique, auquel cas la carte aura une durée de validité équivalente à la durée prévue du séjour.



Jusqu'à la fin 2008, la commune pouvait délivrer une attestation d'enregistrement sous la forme d'un document papier annexe 8. Cette attestation papier ne comportait aucune durée de validité.

Pour les autres citoyens européens, la commune transmet la demande auprès de l'O.E. L'O.E. est tenu de prendre une décision dans les 5 mois qui suivent la date de la demande. Si l'O.E. accorde le droit de séjour ou ne communique aucune décision à la commune dans les 5 mois qui suivent la demande, le citoyen européen recevra une "attestation d'enregistrement" sous la forme d'un document annexe 8 (jusqu'à la fin 2008) ou d'une carte électronique E. Ici aussi, cette carte reste en principe valable pendant cinq ans, à moins que le citoyen européen ne déclare qu'il restera moins de cinq ans en Belgique, auquel cas la carte aura une durée de validité équivalente à la durée prévue du séjour.

Lorsque l'O.E. ou la commune octroie le droit de séjour, le citoyen européen dispose pendant trois ans (cinq pour l'étudiant européen) d'un droit de séjour ordinaire. Durant cette période, l'O.E. peut vérifier si le citoyen européen répond toujours aux conditions de séjour d'un citoyen européen.

Dans certains cas, le travailleur, indépendant ou demandeur d'emploi européen conserve son droit de séjour, même s'il ne répond plus aux conditions :

- si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, il est en incapacité de travail temporaire
- si, après avoir travaillé au moins un an, il a perdu involontairement son emploi et s'est inscrit comme demandeur d'emploi auprès du service d'emploi compétent
- s'il se trouve en chômage involontaire à la fin d'un contrat de travail à durée déterminée inférieure à un an ou s'il a involontairement perdu son emploi pendant les douze premiers mois et s'est fait enregistrer en qualité de demandeur d'emploi auprès du service de l'emploi compétent. Dans ce cas, il conserve le statut de travailleur pendant au moins six mois
- s'il entreprend une formation professionnelle. À moins que l'intéressé ne se trouve en situation de chômage involontaire, le maintien de la qualité de travailleur suppose qu'il existe une relation entre la formation et l'activité professionnelle antérieure.

#### *Droit de séjour permanent*

Le citoyen de l'Union ayant séjourné pendant une période ininterrompue de trois ans (cinq pour l'étudiant européen) peut acquérir un droit de séjour permanent.

La règle selon laquelle le droit de séjour permanent n'est octroyé qu'après trois ans connaît toutefois une série d'exceptions pour les travailleurs salariés et indépendants européens. Il s'agit du travailleur salarié ou indépendant européen qui, avant d'avoir séjourné pendant trois ans en Belgique :

- cesse toute activité professionnelle en raison d'une incapacité de travail permanente, à condition que
  - le travailleur salarié ou indépendant européen ait séjourné de façon ininterrompue pendant deux ans en Belgique, ou
  - l'incapacité de travail résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ouvrant droit à une indemnité à charge d'une mutualité belge, ou
  - le travailleur salarié ou indépendant européen ait un conjoint ou partenaire assimilé de nationalité belge
- au moment où il cesse toute activité professionnelle, a atteint l'âge légal auquel il a droit à une pension de retraite
- cesse prématurément de travailler, en tant que travailleur européen, mais a un conjoint ou partenaire assimilé de nationalité belge.

Le citoyen européen qui souhaite obtenir un droit de séjour permanent doit en faire la demande auprès de la commune, au moyen du document annexe 22 (= demande de séjour permanent). Il doit apporter toutes les preuves qui attestent d'un séjour ininterrompu pendant trois ans (cinq pour l'étudiant européen ou une période plus courte dans certains cas) en Belgique à partir de la date d'inscription au registre d'attente. Dès que le citoyen européen aura apporté ces preuves, la commune transmettra la demande à l'O.E., qui rendra sa décision dans les cinq mois.

Si l'O.E. octroie le droit de séjour permanent ou si l'O.E. ne prend aucune décision dans les cinq mois à compter de la remise du document annexe 22, la commune délivre un "document attestant de la permanence du séjour". Le citoyen européen sera ensuite inscrit dans le registre de la population et recevra un document annexe 8*bis* (délivré jusqu'à la fin 2008) ou une carte électronique E+. Cette carte a une durée de validité de cinq ans. Le document annexe 8*bis* ne comporte aucune durée de validité.

### Titre de séjour

Sur la base de l'article 32, premier alinéa, 15° de la loi SSI ainsi que de l'article 128*quinquies*, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, les citoyens européens qui sont admis à séjourner sur la base de la procédure décrite ci-dessus sont titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Car ils obtiennent une admission au séjour de plus de 3 mois.

La preuve de l'admission au séjour devra toujours être fournie par la carte électronique E ou E+, ou par l'annexe papier 8 ou 8*bis* (délivrée jusqu'à la fin 2008).

En ce qui concerne les travailleurs migrants bulgares et roumains, qui ne peuvent encore introduire de demande de déclaration d'inscription, nous renvoyons aux explications sous le point IV.3.a.

### MEMBRES DE LA FAMILLE (ART. 40*BIS* L.E.)

Certains membres de la famille de citoyens européens jouissent également d'un droit de séjour, à certaines conditions.

Il convient de faire une distinction entre :

- les membres de la famille d'un étudiant européen
- les membres de la famille d'un travailleur migrant bulgare ou roumain
- les membres de la famille des autres citoyens européens et des Belges.

### Quels membres de la famille ?

Les membres suivants de la famille peuvent invoquer le droit au regroupement familial :

1. pour l'étudiant européen :

- a) le conjoint ou la personne avec laquelle il a conclu un partenariat considéré comme équivalent à un mariage en Belgique (nous avons déjà vu plus haut que c'était le cas pour un partenariat enregistré conformément aux lois danoise, finlandaise, islandaise, norvégienne, suédoise, allemande ou britannique).

Les conditions suivantes s'appliquent pour cette personne :

- preuve d'identité
- preuve du lien de parenté ou de partenariat avec l'étudiant européen rejoint (en général une copie de l'acte de mariage ou du contrat de partenariat enregistré)
- accompagner ou rejoindre l'étudiant européen
- preuve que l'étudiant européen rejoint dispose de moyens de subsistance suffisants afin que le membre de sa famille ne devienne pas une charge pour le système d'aide sociale du Royaume.

- b) le partenaire avec lequel a été conclu un partenariat enregistré conformément à une loi (qui n'est pas considéré comme équivalent à un mariage belge)

Conditions applicables en l'occurrence :

- preuve d'identité
  - preuve du partenariat enregistré conformément à une loi avec l'étudiant européen (en général une copie du contrat de partenariat enregistré conformément à une loi ou de cohabitation légale en Belgique)
  - preuve d'une relation durable et stable d'au moins 1 an avec l'étudiant européen. C'est le cas dans 3 situations : (a) si les partenaires ont cohabité en toute légalité en Belgique ou dans un autre pays et de manière ininterrompue pendant au moins un an avant la demande, (b) si les partenaires se connaissent depuis au moins un an et qu'ils ont entretenu des contacts réguliers par téléphone, par courrier postal ou électronique, qu'ils se sont rencontrés trois fois avant l'introduction de la demande et que ces rencontres comportent au total 45 jours ou davantage, et (c) s'ils ont un enfant commun
  - preuve que les deux partenaires ont plus de 21 ans, ou 18 ans s'ils établissent qu'ils ont cohabité pendant au moins 1 an avant l'arrivée en Belgique de l'étudiant européen qui est rejoint
  - aucun des deux partenaires ne peut être marié ni entretenir une relation durable avec une autre personne
  - accompagner ou rejoindre l'étudiant européen
  - preuve que l'étudiant européen rejoint dispose de moyens de subsistance suffisants afin que le partenaire ne devienne pas une charge pour le système d'aide sociale du Royaume.
- c) les enfants de l'étudiant européen, de son conjoint ou partenaire assimilé au sens des points a) et b)

Pour les enfants, les conditions suivantes sont énoncées :

- preuve d'identité
- preuve du lien de parenté ou d'alliance avec l'étudiant européen. Les enfants adoptés et même certains pupilles entrent également en ligne de compte. Cette preuve peut être apportée par un acte officiel, "d'autres preuves valables" (un extrait du registre des naissances, par exemple), voire par une "analyse complémentaire", autrement dit un test ADN
- être à charge de l'étudiant européen
- accompagner ou rejoindre l'étudiant européen
- preuve que l'étudiant européen rejoint dispose de moyens de subsistance suffisants afin que le partenaire ne devienne pas une charge pour le système d'aide sociale du Royaume.

2. pour les travailleurs migrants bulgares ou roumains, les autres citoyens européens et les belges :

- a) le conjoint ou la personne avec laquelle il a conclu un partenariat considéré comme équivalent à un mariage en Belgique

Les mêmes conditions sont d'application que pour le regroupement familial avec un étudiant européen, à la différence que la condition des moyens de subsistance suffisants ne s'applique qu'au citoyen européen économiquement non actif (donc pas aux autres citoyens européens ni aux Belges). Le conjoint ou partenaire assimilé d'un citoyen européen économiquement non actif doit également apporter la preuve que ce dernier dispose d'une assurance soins de santé couvrant les risques en Belgique pour le membre de sa famille. Cette preuve peut être apportée par : (a) l'affiliation à une mutualité belge, en cas de demande en Belgique, ou une attestation modèle délivré par une mutualité belge qui confirme que l'affiliation sera possible dès l'arrivée en Belgique, en cas de demande à partir de l'étranger, (b) une assurance soins de santé étrangère ou (c) une assurance soins de santé privée qui couvre les risques en Belgique durant au minimum 3 mois pour un montant de 30 000 EUR.

- b) le partenaire avec lequel a été conclu un partenariat enregistré conformément à une loi (qui n'est pas considéré comme équivalent à un mariage belge)

Situation identique au point 2. a), à la nuance près que le partenaire enregistré conformément à une loi d'un citoyen européen économiquement non actif n'entre pas en ligne de compte pour l'attestation modèle mentionné plus haut

- c) les descendants (enfants, petits-enfants, etc.) du citoyen européen ou du belge rejoint, de son conjoint ou partenaire assimilé au sens des points a) et b)

Les mêmes conditions applicables aux enfants de l'étudiant européen, de son conjoint ou partenaire assimilé sont d'application, à la différence que la condition que le descendant soit à charge du citoyen européen ou du Belge rejoint ne s'applique qu'aux descendants de plus de 21 ans. De plus, la condition des moyens de subsistance suffisants ne vaut ici aussi que pour le citoyen européen économiquement non actif et, en cas de regroupement familial avec un citoyen européen économiquement non actif, une assurance soins de santé doit être souscrite (situation identique au point 2. a))

- d) les ascendants (parents, grands-parents, etc.) du citoyen européen ou du Belge rejoint, de son conjoint ou partenaire assimilé au sens des points a) et b)

Concernant les ascendants, la L.E. fixe les conditions suivantes :

- preuve d'identité
- preuve du lien de parenté ou d'alliance avec le citoyen européen ou le Belge. Cette preuve peut être apportée par un acte officiel, "d'autres preuves valables", un entretien avec l'étranger et le Belge ou citoyen européen, et toute autre enquête que l'O.E. estime nécessaire
- être à charge du citoyen européen ou du Belge
- accompagner ou rejoindre le citoyen européen ou le Belge
- si la personne rejointe est un citoyen européen économiquement non actif, la preuve devra être apportée que la personne susmentionnée dispose de moyens de subsistance suffisants, afin que le membre de sa famille ne devienne pas une charge pour le système belge d'aide sociale, ainsi que d'une assurance soins de santé qui couvre les risques pour le membre de sa famille. Pour les modalités de cette dernière preuve, voir le point 2. b) ci-dessus.

## Procédure

En ce qui concerne la procédure, il convient de faire la distinction entre :

- les membres de la famille qui sont eux-mêmes citoyens européens
- les membres de la famille qui ne sont pas citoyens européens
- les membres de la famille d'un travailleur migrant bulgare ou roumain.

### *Membres de la famille citoyens européens*

Pour ce membre de la famille, la procédure est similaire à celle du citoyen européen lui-même.

En l'occurrence, la commune peut elle-même accorder le droit de séjour au conjoint, partenaire assimilé et descendants (uniquement les enfants de l'étudiant européen) de moins de 21 ans, à condition que le lien de parenté, d'alliance ou de partenariat soit établi au moyen de documents officiels, qui, s'il s'agit d'actes étrangers, devront éventuellement être légalisés ou pourvus d'une apostille, et reconnus par la Belgique.

Les membres de la famille admis à séjourner bénéficient durant 3 ans (5 pour les membres de la famille d'un étudiant européen) d'un droit de séjour ordinaire et peuvent donc, au terme des 3 ans (5 pour les membres de la famille d'un étudiant européen) demander un droit de séjour permanent. Les exceptions à la règle qu'un droit de séjour permanent n'est octroyé qu'après trois ans, qui s'appliquent aux travailleurs et indépendants européens, valent par extension aussi aux membres de la famille de ces travailleurs et indépendants européens.

*Membres de la famille qui ne sont pas citoyens européens*

Un membre non européen de la famille d'un Belge ou citoyen européen doit en principe demander un visa au poste diplomatique ou consulaire belge de son lieu de résidence.

Ce dernier transmet la demande à l'O.E., qui est tenu d'admettre le membre de la famille à séjourner si les conditions sont remplies.

Lorsque le membre de la famille muni d'un visa de type D vient ensuite en Belgique, et après un contrôle positif de résidence, la commune l'inscrira immédiatement dans le registre des étrangers et lui délivrera une "carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union" (document annexe 9 jusqu'à la fin de 2008 ou carte électronique F à partir de 2009). Cette carte reste en principe valable pendant cinq ans, à moins que le citoyen européen rejoint par le membre de sa famille ne déclare qu'il restera moins de cinq ans en Belgique. Dans ce cas, la durée de validité de la carte de séjour sera limitée à la durée prévue de séjour du citoyen européen rejoint.

Toutefois, la demande peut également être introduite en Belgique. En effet, d'après la Commission européenne, on ne peut contraindre les membres non européens de la famille d'un citoyen européen à demander un visa de type D. Ils ont droit à un visa court séjour (visa de type C) qui doit leur être délivré dans les plus brefs délais, sur la base d'une procédure accélérée, et gratuitement.

Dans les trois mois de son arrivée en Belgique, le membre de la famille doit demander une carte de séjour à la commune de son lieu de séjour.

Sur présentation d'une preuve de parenté ou d'alliance ou de partenariat avec le citoyen européen ou le Belge qu'ils accompagnent ou rejoignent, la commune délivre une annexe 19<sup>ter</sup> (= demande de carte de séjour d'un membre de la famille d'un citoyen U.E.).

Dès que le contrôle du lieu réel de résidence confirmera que le membre de la famille habite effectivement sur le territoire de la commune, cette dernière inscrira le membre de la famille dans le registre des étrangers et délivrera une attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange"), valable cinq mois après la demande. Pour l'obtention du document annexe 19<sup>ter</sup> et l'attestation d'immatriculation, il n'est pas nécessaire que la preuve de l'identité et de la nationalité ait déjà été apportée. Ceci doit toutefois être fait dans les trois mois de la délivrance du document annexe 19<sup>ter</sup>.

Lors de la demande ou au plus tard dans les trois mois qui suivent la demande, le membre de la famille doit produire tous les documents qui attestent qu'il satisfait aux conditions du regroupement familial.

Si tous les documents ont été transmis dans les délais et le contrôle de résidence est positif, la commune transmet la demande à l'O.E.

L'O.E. est tenu de prendre une décision dans les 5 mois qui suivent la date de la demande. Si l'O.E. accorde le droit de séjour ou ne communique aucune décision à la commune dans les 5 mois qui suivent la demande, le membre de la famille recevra une "carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union" (document annexe 9 jusqu'à la fin de 2008 ou carte électronique F à partir de 2009). Cette carte reste en principe valable pendant cinq ans, à moins que le citoyen européen qui est rejoint par le membre de sa famille ne déclare ou n'ait déclaré qu'il restera moins de cinq ans en Belgique. Dans ce cas, la durée de validité de la carte de séjour sera limitée à la durée prévue de séjour du citoyen européen rejoint. Si la commune ne peut délivrer immédiatement une carte électronique E, l'attestation d'immatriculation sera prolongée jusqu'à la délivrance de la carte de séjour.

Si le droit de séjour est accordé, le membre de la famille jouit pendant trois ans (5 pour le membre de la famille d'un étudiant européen) d'un droit de séjour ordinaire. Durant ces trois ans (5 pour le membre de la famille d'un étudiant européen), l'O.E. peut vérifier si le citoyen européen répond toujours aux conditions de séjour d'un citoyen européen. Dans une série d'exceptions, le membre de la famille ne perd pas son droit de séjour, même s'il ne répond plus aux conditions du regroupement familial telles que décrites ci-dessus.

Le membre de la famille ayant séjourné pendant une période ininterrompue de trois ans (5 pour le membre de la famille d'un étudiant européen) et à condition qu'il ait vécu pendant les deux premières années avec le citoyen européen, peut demander un droit de séjour permanent à la commune. La règle selon laquelle le droit de séjour permanent n'est octroyé qu'après trois ans connaît les mêmes exceptions pour les membres de la famille de travailleurs salariés et indépendants européens.

Le membre de la famille doit introduire la demande de droit de séjour permanent auprès de la commune au moyen du document annexe 22 (= demande de séjour permanent). Le membre de la famille doit produire tous les documents qui attestent qu'il répond aux conditions d'octroi d'un droit de séjour permanent.

Dès que le membre de la famille aura apporté ces preuves, la commune transmettra la demande à l'O.E., qui rendra sa décision dans les cinq mois. Lorsque la carte de séjour d'un membre de la famille d'un citoyen de l'Union vient à échéance et que l'O.E. n'a pas encore pris de décision concernant la demande d'un droit de séjour permanent, la commune retirera la carte de séjour et délivrera une annexe 15. Ce document atteste que le membre de la famille a introduit une demande de droit de séjour permanent et couvre provisoirement son séjour jusqu'à la délivrance de la carte de séjour permanent.

Si l'O.E. octroie le droit de séjour permanent ou si l'O.E. ne prend aucune décision dans les cinq mois à compter de la remise du document annexe 22, la commune délivre au membre de la famille une "carte de séjour permanent de la famille d'un citoyen de l'Union", sous la forme d'un document annexe 9bis (jusqu'à fin 2008) ou d'une carte électronique F+ (à partir de 2009). La carte de séjour a toujours une durée de validité de cinq ans. La commune inscrit le membre de la famille dans le registre de la population.

#### *Membres de la famille d'un travailleur migrant bulgare ou roumain*

En cas de regroupement familial avec un nouveau travailleur européen qui ne compte pas encore 12 mois de service en Belgique, le membre de la famille peut, sur présentation d'une preuve de parenté ou d'alliance ou de partenariat avec le travailleur, ainsi que sa carte d'identité nationale ou son passeport, demander à la commune le droit de séjour sur la base du regroupement familial. Après demande auprès de la commune, le membre de la famille recevra un document annexe 22bis (accusé de réception de la demande).

Si la preuve de parenté ou d'alliance ou de partenariat a été apportée, la commune délivre d'abord une attestation d'immatriculation modèle B (également appelée "carte mauve") si le membre de la famille est citoyen européen ou modèle A ("carte orange") s'il n'est pas citoyen de l'Union, valable pendant 6 mois. La commune transmettra la demande à l'O.E..

Si l'O.E. ne prend aucune décision dans les six mois ou prend une décision positive, un CIRE – "carte blanche" pour une durée limitée ou une carte électronique A sera délivrée. Ce CIRE aura la même durée de validité que le CIRE du nouveau citoyen européen.

Si le nouveau citoyen de l'Union est admis à séjourner et possède une déclaration d'enregistrement, le membre de la famille suivra la procédure habituelle pour le regroupement familial avec un citoyen européen, avec la distinction faite plus haut selon que le membre de la famille est lui-même citoyen de l'Union ou non.

### Titre de séjour

Sur la base de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 15° de la loi SSI ainsi que de l'article 128<sup>quinquies</sup>, § 1<sup>er</sup>, tiret 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, les membres (européens ou non) de la famille d'un citoyen européen qui obtiennent une admission au séjour sur la base de la procédure décrite ci-dessus sont titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, car ils obtiennent une admission au séjour de plus de 3 mois.

La preuve de l'admission au séjour devra toujours être fournie par la carte électronique F ou F+, ou par l'annexe papier 9 ou 9bis.

Les membres de la famille d'un nouveau travailleur européen qui ne compte pas encore 12 mois de service en Belgique ne sont titulaires résidents que s'ils sont admis à séjourner plus de 3 mois. Ce sera le cas si le travailleur migrant concerné est lui-même autorisé à séjourner plus de 3 mois (cf. IV.4.b. supra). La preuve de l'admission au séjour pour plus de 3 mois devra toujours être apportée par un CIRE – "carte blanche" pour une durée limitée ou par une carte électronique A.

### c. Étrangers reconnus réfugiés (art. 48/3 L.E.) ou bénéficiaires de la protection subsidiaire (art. 48/4 L.E.)

Nous avons déjà exposé plus haut (cf. III.1.) la nouvelle procédure d'asile. Nous avons indiqué que deux statuts de protection internationale sont examinés, celui de réfugié et celui de protection subsidiaire. Ce dernier a déjà été discuté. Le statut de réfugié est reconnu à un étranger craignant avec raison d'être persécuté dans son pays d'origine du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de ses opinions politiques ou de son appartenance à un certain groupe social.

À des fins d'exhaustivité, signalons qu'une personne reconnue comme réfugiée dans un autre pays peut demander la confirmation de son statut (transfert) au CGRA. Cette confirmation sera effectuée à condition que la personne a séjourné régulièrement et sans interruption en Belgique pendant 18 mois au moins et que la durée de son séjour n'a pas été limitée pour un motif déterminé (art. 93 de l'A.R.E.). Le transfert de statut ne s'effectue toutefois pas de manière automatique. Le CGRA peut vérifier aussi bien la crédibilité que le fondement présent de la crainte.

Au cours de la procédure d'asile telle qu'en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2007, la demande d'asile du réfugié est donc d'abord examinée dans le cadre du statut de réfugié et ensuite, seulement si ce statut ne peut être reconnu, dans le cadre de la protection subsidiaire.

Une fois reconnu comme réfugié et sur présentation d'une attestation de reconnaissance, le demandeur d'asile reçoit une carte électronique B (jusqu'en 2008, un CIRE en carton – "carte blanche" pour durée illimitée était délivré). Cette carte matérialise son admission à séjourner pour une durée illimitée. Son attestation d'immatriculation modèle A (également appelée "carte orange") lui est retirée. L'intéressé est rayé du registre d'attente et inscrit dans le registre des étrangers.

Par souci d'exhaustivité, signalons encore que, après avoir séjourné pendant cinq ans, à dater de la demande d'asile, le réfugié reconnu peut introduire auprès de la commune une demande d'établissement. Les demandeurs d'asile qui ont entamé la procédure depuis au moins cinq ans peuvent donc le faire dès qu'ils se voient délivrer la carte électronique B. L'O.E. dispose alors de 5 mois pour prendre une décision en la matière. Si la décision est positive ou si la réponse tarde à venir, le réfugié reçoit une carte électronique C (jusqu'en 2008, l'on délivrait une "carte d'identité pour étranger" – également appelée "carte jaune"). L'intéressé est alors rayé du registre des étrangers et inscrit dans le registre de la population.

Après octroi du statut de protection subsidiaire, l'O.E. donne instruction à la commune d'inscrire l'étranger dans le registre des étrangers et de lui délivrer un certificat d'inscription (CIRE) sous la forme d'une carte électronique A (jusqu'en 2008, un CIRE en carton – "carte blanche" pour durée limitée était délivré). Le CIRE est valable un an. Au terme de cette année, l'étranger devra lui-même en demander la prolongation. Si l'O.E. estime que les circonstances sur la base desquelles le statut a été octroyé prévalent toujours, il donnera instruction à la commune de renouveler d'un an le CIRE.

Après cinq ans, le séjour limité deviendra un séjour illimité (carte électronique B) si le statut n'a pas été retiré entre temps par le CGRA. Le délai de cinq ans commence à courir à partir du moment de la demande d'asile. La période de traitement de la demande d'asile compte donc également.

Sur la base de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 15° de la loi SSI ainsi que de l'article 128quinquies, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, les réfugiés reconnus et les personnes bénéficiant du statut de protection subsidiaire sont titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, car ils obtiennent une admission au séjour de plus de 3 mois.

La preuve de l'admission au séjour devra toujours être fournie par la carte électronique A ou B, ou par le CIRE en papier – séjour limité ou illimité.

En ce qui concerne les membres de la famille de ces étrangers, nous renvoyons au régime général de l'article 10 de la L.E.

## 5. Étrangers autorisés à s'établir

Cette catégorie d'étrangers sont des titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé sur la base à la fois de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 15°, de la loi SSI, qui vise des "étrangers qui sont autorisés à s'établir" et de l'article 128quinquies, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, qui mentionne des "étrangers établis dans le Royaume".

### a. Étrangers autorisés à s'établir (art. 14-15 L.E.)

L'étranger autorisé ou admis à séjourner pour une durée illimitée en Belgique peut, en application de l'article 14, deuxième alinéa de la L.E., demander l'autorisation d'établissement à l'O.E.

Deux catégories d'étrangers bénéficient toutefois du droit d'établissement s'ils répondent aux conditions de l'article 15 de la L.E. :

- les membres suivants de la famille d'un étranger lui-même autorisé à s'établir en Belgique :
  - le conjoint étranger ou l'étranger avec lequel a été conclu un partenariat enregistré considéré comme équivalent à un mariage en Belgique ou partenariat enregistré conformément à une loi
  - leurs enfants mineurs (communs ou non)
  - leurs enfants handicapés célibataires et majeurs (communs ou non)
  - les parents d'un réfugié reconnu.

Sont visés les étrangers au sens de l'article 10, § 1<sup>er</sup>, 4° jusqu'à 7° de la L.E. Par conséquent, en ce qui concerne ces membres de la famille, nous renvoyons à l'exposé supra IV.4.a.

- les membres de la famille dont le droit au séjour est reconnu par un traité international, par une loi ou par un arrêté royal (cf. IV.4.a. supra), pour autant que, s'il s'agit du conjoint ou du partenaire, ils vivent avec l'étranger



- l'étranger qui vit régulièrement et sans interruption depuis au moins 5 ans en Belgique :  
Les périodes de séjour conditionnel, précaire ne sont pas prises en considération, exception faite pour les réfugiés reconnus (cf. IV.4.c. supra). Vu le caractère déclaratif de la reconnaissance du statut de réfugié (une décision positive n'entraîne pour le réfugié aucun avantage ultérieur, elle revient simplement à reconnaître que la personne, depuis son arrivée en Belgique, doit être considérée comme réfugié), cette reconnaissance prend effectivement effet à partir de la demande et non de la décision, de sorte que le délai de 5 ans commence à courir dès la date de la demande et non de la reconnaissance.

La demande d'établissement doit être introduite auprès de la commune au moyen du document annexe 16.

La commune enregistre la demande d'établissement et vérifie si l'étranger bénéficie bien d'un droit de séjour d'une durée illimitée. Dans l'affirmative, la commune transmet la demande à l'O.E. L'étranger reçoit un accusé de réception de la demande sous la forme d'un document annexe 16*bis*.

L'O.E. examine ensuite la demande d'établissement et rend sa décision dans les cinq mois de la demande. Dans l'attente de la décision, l'étranger conserve son CIRE. En cas de décision positive (ou d'absence de décision dans les 5 mois), l'étranger en question est inscrit dans le registre de la population. Le CIRE est remplacé par une carte électronique C (jusqu'à la fin 2008, la commune pouvait encore délivrer une "carte d'identité pour étranger", également appelée "carte jaune"). Cette carte reste valable cinq ans, mais est renouvelée automatiquement tous les cinq ans, sans condition.

Sur la base de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 15<sup>o</sup> de la loi SSI ainsi que de l'article 128*quinquies*, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, il ne fait aucun doute que ces étrangers sont titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, vu que, d'après la loi, ils sont autorisés à s'établir ou déjà établis en Belgique.

## b. Résident de longue durée (art. 15*bis* L.E.)

Le statut de ressortissant de pays tiers résident de longue durée a été introduit en 2003 par la Communauté européenne (cf. III.2. supra). Lorsqu'un citoyen non U.E. séjourne depuis cinq ans dans un État membre, il peut, sous certaines conditions, obtenir le statut de résident de longue durée dans ce même État membre. Ce statut lui permet par la suite, sous certaines conditions, d'obtenir un droit de séjour dans un autre État membre (cf. IV.3.f. supra)<sup>34</sup>.

Afin d'obtenir le statut de résident de longue durée en Belgique, les conditions qui suivent doivent être remplies :

- l'étranger n'est pas ressortissant de l'Union européenne (= ressortissant non U.E.)
- l'étranger bénéficie, au moment de la demande, d'un droit de séjour d'une durée illimitée (les réfugiés reconnus et les personnes sous protection subsidiaire ne peuvent toutefois demander ce statut)
- l'étranger séjourne de manière ininterrompue et légale en Belgique depuis cinq années, qui précèdent immédiatement la demande
- l'étranger dispose, pour lui-même et les membres de sa famille dont il a la charge, de moyens de subsistance stables, suffisants et réguliers pour ne pas dépendre de l'assistance sociale belge (concrètement, pour l'année 2010, il dispose d'un revenu mensuel de 715 EUR + 239 EUR par personne à charge)
- l'étranger bénéficie d'une assurance soins de santé pour lui-même et les membres de sa famille dont il a la charge.

34. Les citoyens non U.E. qui ont obtenu dans un autre État membre le statut de résident de longue durée et possèdent une deuxième résidence en Belgique (cf. IV.3.f. supra) ne relèvent selon moi pas de la catégorie des étrangers établis. En effet, les dispositions légales relatives à la procédure pour obtenir cette deuxième résidence, à la différence de la procédure pour obtenir en Belgique, en tant que première résidence, le statut de ressortissant d'un pays tiers résident de longue durée, ne sont pas reprises au Chapitre IV de la L.E relatif à l'établissement.

Le statut de résident de longue durée doit être demandé auprès de la commune de son lieu de résidence. Sur présentation de tous les documents qui attestent que l'étranger satisfait aux conditions, une demande est rédigée sous la forme d'un document annexe 16.

Lorsque l'étranger apporte la preuve qu'il jouit d'un droit de séjour illimité et, si son identité n'est pas constatée, qu'il produit un passeport valable, la commune délivre un accusé de réception (= document annexe 16*bis*).

La commune transfère ensuite la demande à l'O.E..

L'O.E. doit rendre sa décision dans les cinq mois. En cas de décision positive ou faute de décision de l'O.E. dans les cinq mois, la commune délivre un "permis de séjour de résident de longue durée - CE" sous la forme d'une carte électronique D, d'une durée de validité de cinq ans. Celle-ci atteste de l'inscription dans le registre de la population. Jusqu'à la fin de 2008, les communes qui ne pouvaient pas encore délivrer de cartes électroniques pouvaient délivrer une carte jaune en papier (document annexe 7*bis*), en ajoutant la mention "permis de séjour de résident de longue durée - CE" dans la case blanche, en bas du document.

Si l'étranger qui obtient le statut de résident de longue durée avait déjà obtenu ce statut dans un autre État membre de l'Union, l'O.E. informera le premier État membre de sa décision. Le premier État membre retirera alors le statut vu qu'un étranger ne peut s'en prévaloir que dans un seul État membre.

Sur la base de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 15<sup>o</sup> de la loi SSI ainsi que de l'article 128*quinquies*, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996, les ressortissants d'un pays tiers résidents de longue durée sont supposés être établis en Belgique. D'ailleurs, dans la L.E., le statut de séjour est abordé dans le chapitre relatif à l'établissement. Ils sont dès lors titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

## 6. Étrangers représentant un cas spécial

Il convient de mentionner :

- les personnes qui, dans l'attente de leur inscription au Registre national des personnes physiques, montrent qu'elles ont procédé à la déclaration visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif aux registres de la population et aux registres des étrangers, au moyen d'une attestation délivrée par l'administration communale ou par tout autre justificatif considéré comme tel par le Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif<sup>35</sup>
- les enfants qui, au moment de leur arrivée en Belgique, n'ont pas atteint l'âge de 18 ans, ainsi que les personnes qui les accompagnent et dont il est établi qu'ils sont admis à séjourner sur le territoire de la Belgique depuis le 14 janvier 2009, pour la durée des soins, dans le cadre de la procédure d'évacuation mise en place par le gouvernement belge pour sauver les enfants des combats à Gaza<sup>36</sup>.

### a. Personnes en attente d'inscription

Il s'agit des étrangers en possession du document annexe 15, première case, quatrième case (avec conditions supplémentaires), sixième case et septième case, dans l'A.R.E.

35. Le sens de cette partie de l'article 128*quinquies* de l'A.R. du 03.07.1996 aurait pu être explicité sous chaque statut de séjour évoqué. Étant donné qu'il s'agit d'un principe général qui vaut quelle que soit la procédure de séjour dans laquelle on se trouve et aux fins de lisibilité, il a toutefois été décidé d'en traiter séparément.

36. Cette catégorie forme un cas particulier dans le sens où, contrairement aux autres catégories où un statut de séjour en vertu de la L.E. fait naître un statut de bénéficiaire de l'assurance soins de santé comme titulaire résident, c'est ici le droit à l'assurance soins de santé comme titulaire résident qui en pratique induit le statut de séjour en vertu de la L.E.

En application de la circulaire n° 2010/226 – 3991/219 du 15 juin 2010, un document annexe 15 peut servir de base à une inscription comme titulaire résident s'il est fourni :

- dans le cadre d'une demande d'établissement ou de séjour permanent
- pour s'inscrire<sup>37</sup> (4° case), combiné à :
  - une preuve de son statut de réfugié, délivrée par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides
  - un visa valable de type D
  - une carte professionnelle ou un permis de travail valable, un certificat médical et un extrait du casier judiciaire
  - une décision de l'O.E. stipulant que l'intéressé peut obtenir un Certificat d'inscription au registre des étrangers (CIRE) (dans le cadre de la procédure victime de la traite des êtres humains ou d'une demande 9<sup>ter</sup> ou 9<sup>bis</sup>...)
- pour aller chercher son permis de séjour/ d'établissement (6° case)
- pour aller chercher sa carte électronique d'étranger (7° case).

Tous ces étrangers sont titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé en vertu de l'article 128<sup>quinquies</sup>, § 1<sup>er</sup>, 4<sup>e</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996.

En ce qui concerne le deuxième tiret, la logique qui sous-tend cette disposition est qu'elle ne concerne que des étrangers qui possèdent déjà l'autorisation ou l'admission au séjour requise, ou dont il est quasiment certain qu'ils obtiendront cette autorisation, et qui s'adressent à la commune pour s'inscrire dans le Registre national (pour pouvoir invoquer réellement la qualité d'inscrit à ce registre – l'inscription au Registre national demeure en effet le critère essentiel de l'art. 32, al. 1<sup>er</sup>, 15° de la loi SSI) et, par conséquent, obtenir leur titre de séjour (qui fera office de preuve de leur qualité auprès de l'O.A.), mais pour qui la commune se trouve dans l'impossibilité de donner suite à leur demande, pour des raisons indépendantes de la volonté de l'étranger :

- une preuve de la reconnaissance du statut de réfugié signifie que l'étranger a déjà été admis à séjourner
- un visa valable de type D (= visa long séjour) signifie qu'une décision a déjà été prise en faveur d'une autorisation ou une admission de séjour pour une longue durée, avec pour effet que l'ambassade a apposé le visa obtenu sur le passeport, pour permettre le voyage en Belgique
- si l'O.E. confirme que l'étranger peut obtenir un CIRE, cela signifie qu'une autorisation ou admission à séjourner a déjà été accordée, sur la base de quoi l'étranger peut être inscrit dans le registre des étrangers, avec pour effet qu'une preuve (le CIRE) lui sera remise
- la troisième hypothèse dans laquelle l'étranger produit une carte professionnelle ou un permis de travail valable, un certificat médical et un extrait du casier judiciaire en plus du document annexe 15, vise le travailleur migrant qui demande l'autorisation de séjourner en Belgique sur la base de l'article 25/2 de l'A.R.E. (les demandes dites "techniques" - cf. IV.3.a. supra) et qui, s'il possède ces documents, doit simplement résider là où il affirme résider (= contrôle de résidence) pour être autorisé à séjourner par la commune.

En ce qui concerne les deux derniers tirets également, il est évident que ces personnes bénéficient déjà de l'autorisation ou de l'admission requise à séjourner, étant donné qu'il ne leur reste plus qu'à aller chercher leur titre de séjour. Les étrangers qui ont déjà parcouru une procédure de séjour, mais n'ont pas encore pu recevoir de document de séjour se voient délivrer un document annexe 15, dans l'attente dudit document.

37. L'article 119 de l'A.R. stipule que l'annexe 15 est délivrée par la commune "chaque fois qu'elle se trouve dans l'impossibilité, soit de procéder immédiatement à l'inscription de l'étranger qui se présente, soit de délivrer le titre de séjour ou d'établissement ou tout autre document de séjour". L'annexe 15 "atteste que l'étranger s'est présenté à l'administration communale et couvre provisoirement son séjour".

Enfin, le premier tiret concerne l'étranger en possession d'un CIRE, qui a demandé l'établissement ou un droit de séjour permanent en tant que (membre de la famille d'un) ressortissant européen et dont le CIRE vient à échéance du fait que la procédure prend trop de temps. Ces étrangers sont eux aussi, avant leur demande d'obtention d'un "meilleur" statut de séjour, déjà autorisés ou admis à séjourner (cf. IV.5.a. et IV.4.b.).

En ce qui concerne les étrangers –car la disposition s'applique également aux Belges–, cette partie de l'article 128quinquies de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996 protège donc les personnes qui répondent aux conditions pour revendiquer la qualité de titulaire résident mais pour qui, dans la pratique (soit parce qu'ils ne peuvent encore être inscrits dans le Registre national, soit parce qu'aucun titre de séjour qui atteste de leur situation auprès de l'O.A. ne peut encore leur être délivré), aucune suite ne peut encore être donnée à leur demande pour des motifs propres à l'administration.

### b. Les enfants rapatriés de Gaza

Ils sont titulaires résidents sur la base de l'article 128quinquies, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>e</sup> tiret de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996 pour la durée de leurs soins.

Le cas échéant, ces enfants auront été autorisés à séjourner sur la base de l'article 9 de la L.E. (voir IV.2.a. supra). L'article 13 de la L.E. stipule que les étrangers autorisés à séjourner en Belgique sur la base de l'article 9 de la L.E., sauf disposition contraire, bénéficient d'une autorisation à séjourner pour une durée limitée en vertu de la même loi, en fonction des circonstances spécifiques de l'intéressé ou de la nature ou la durée des activités de l'étranger en Belgique. Dans le cas des enfants de Gaza, cela signifie que ces étrangers reçoivent un titre de séjour dont la durée correspond à celle des soins.

## V. Conclusion : Nécessité de réformer la réglementation AMI

Vu les réformes importantes qu'a subi le droit des étrangers (cf. III supra), il devient impératif de modifier tant le texte de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 15<sup>o</sup> de la loi SSI que celui de l'article 128quinquies de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, afin de prendre les réformes évoquées en considération.

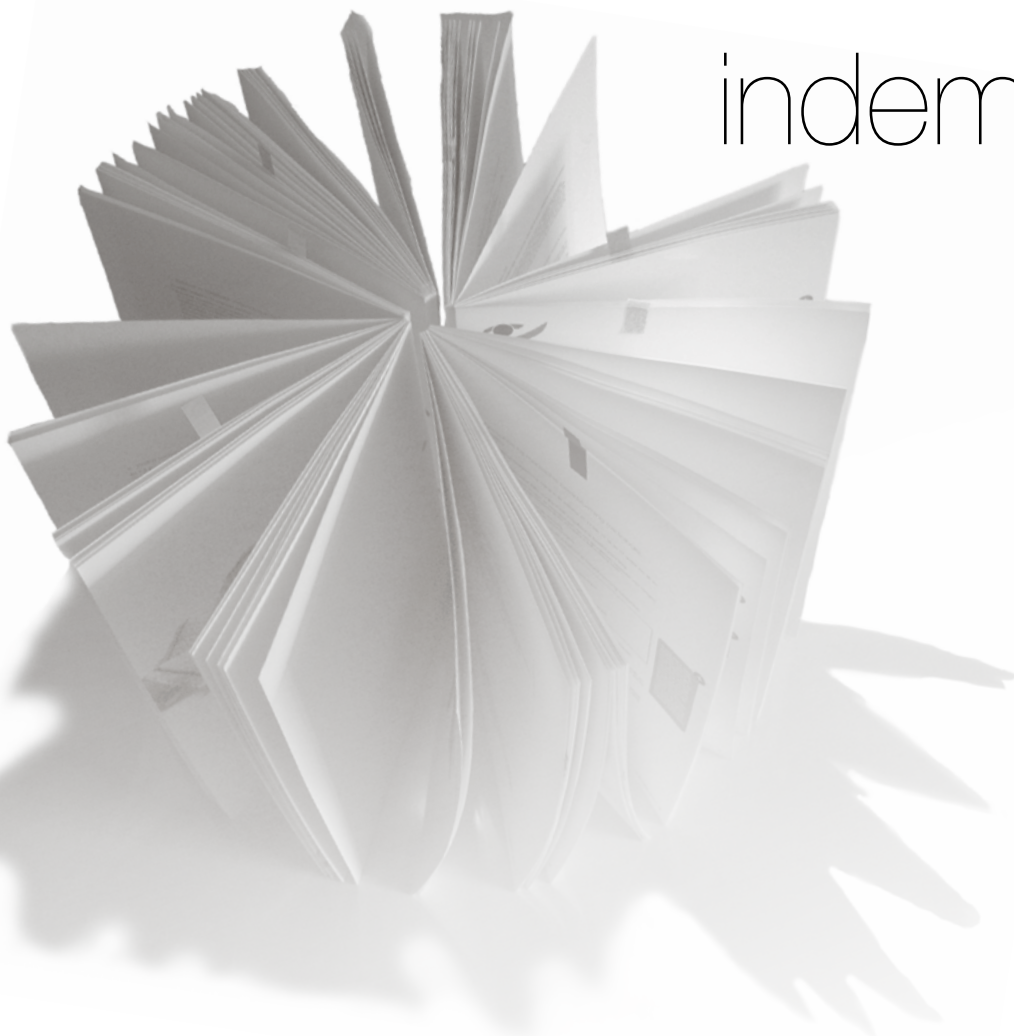
Ces modifications devraient avoir pour objectif premier de maintenir *un statu quo*, c'est-à-dire, pour des raisons de sécurité juridique, d'inclure dans le statut de titulaire résident de l'assurance obligatoire soins de santé au minimum les mêmes catégories d'étrangers que celles reprises à l'heure actuelle.

Par ailleurs, les modifications devront également respecter la philosophie de base qui prévalait à l'époque de l'introduction de la catégorie des titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, par arrêté royal du 25 avril 1997 (cf. II supra), à savoir que cette qualité n'est accessible qu'aux personnes en séjour permanent ou dans une situation qui laisse supposer un séjour permanent.

Enfin, les modifications devront évidemment aussi viser à mettre ces deux articles en conformité avec la législation sur les étrangers telle qu'elle existe à l'heure actuelle. Il conviendra ici d'éviter de faire des références trop concrètes à des aspects précis (statuts de séjour) de cette législation, comme c'est le cas dans les articles actuels, afin de jouer sur le caractère extrêmement dynamique de cette législation, qui doit s'adapter aux flux migratoires en mutation constante dans notre société.

2<sup>e</sup> Partie

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



## 4<sup>e</sup> trimestre 2010

### I. Aspects institutionnels et administratifs

#### 1. Transactions transfrontalières au sein de l'Europe

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, les codes IBAN et BIC devaient figurer sur les documents de facturation papier. Le Règlement soins de santé<sup>1</sup> est adapté en ce sens.

Pour les attestations récapitulatives, les codes IBAN et BIC doivent uniquement figurer sur l'état récapitulatif joint aux attestations.

#### 2. Médicaments

##### a. Cotisations pharmaceutiques

###### POURCENTAGE 2010

Afin de compenser un éventuel dépassement estimé du budget, une cotisation subsidiaire est instaurée sous la forme d'un acompte et d'un décompte à charge des firmes pharmaceutiques dont les spécialités remboursables sont inscrites sur la liste.

Un nouvel arrêté royal fixe, pour 2010, le pourcentage du chiffre d'affaires devant être pris en compte pour déterminer l'acompte et le décompte, et les modalités d'exonération pour certaines spécialités pharmaceutiques (e. a. les médicaments forfaitisés).<sup>2</sup>

###### POURCENTAGE 2011

La cotisation de base prévue depuis 2006 est également instaurée en 2011. Le taux de cotisation supplémentaire actuel de 1 % est également maintenu. Cette cotisation pourra être supprimée dès que la situation budgétaire le permet.<sup>3</sup>

1. Règlement du 04.10.2010 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 14.10.2010, p. 61511.

2. A.R. du 22.12.2010 fixant le pourcentage de l'acompte de la cotisation subsidiaire prévue par l'art. 191, al. 1<sup>er</sup>, 15<sup>o</sup> undecies de la loi SSI, et déterminant les modalités d'exonérations pour certaines spécialités pharmaceutiques - Année 2010, M.B. du 29.12.2010 (Éd. 2), p. 82844.

3. Loi du 29.12.2010 portant des dispositions diverses (I), M.B. du 31.12.2010 (Éd. 3), art. 108-109.

## b. Remboursement de référence et diminution de la base de remboursement

La possibilité de ramener le prix d'une spécialité de référence ayant subi une baisse de prix suite à l'application de la marge de sécurité, ou pour laquelle une baisse de prix spontanée a été demandée, lors d'une annulation du remboursement de référence, au niveau de prix avant l'application de la marge de sécurité, est limitée à certains clusters qui seront supprimés dans les 24 mois suivant "l'ouverture du cluster".

En diminuant encore la base de remboursement des spécialités pharmaceutiques, on étend le remboursement de référence dans le cadre de mesures d'économie supplémentaires.<sup>4</sup>

La mesure ne s'applique toutefois pas aux médicaments ayant subi une baisse de prix suite à l'application de la révision de groupe (kiwi).

## c. Blocage des prix

Les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables connaissent, en 2011, un blocage des prix afin de limiter le nombre de demandes de hausse de prix et de contribuer à la maîtrise des dépenses dans le secteur des soins de santé.<sup>5</sup>

Les demandes de hausse de prix introduites en 2010 et 2011 ne pourront entrer en ligne de compte qu'en 2012.

## d. Anciens médicaments

On entend par "anciens médicaments", les spécialités pharmaceutiques dont le principe actif est remboursé depuis plus de 12 ou 15 ans. Le prix et la base de remboursement de ces médicaments diminuent de 15 % au bout de 12 ans, et encore de 2,35 %, 3 ans plus tard.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, une baisse de prix supplémentaire est imposée pour les anciens médicaments, ce qui entraîne concrètement une baisse de prix de respectivement 17 % et 19,41 %.<sup>6</sup>

À partir du 1<sup>er</sup> avril 2011, la loi prévoit toutefois 2 exceptions à l'application d'une baisse de prix supplémentaire au bout de 15 ans de remboursement :

- d'une part pour les spécialités pharmaceutiques dont le demandeur a démontré qu'au moment de l'application de la baisse de prix supplémentaire au bout de 15 ans de remboursement, le prix et la base de remboursement au niveau ex-usine sont inférieurs d'au moins 65 % par rapport au prix lors de la première admission sur la liste
- d'autre part pour les spécialités pharmaceutiques dont le chiffre d'affaires annuel total du principe actif ou d'une combinaison de principes actifs s'élève à moins de 1,5 million d'EUR.

4. Loi du 29.12.2010 portant des dispositions diverses (I), M.B. du 31.12.2010 (Éd. 3), art. 115-116.

5. Loi du 29.12.2010 portant des dispositions diverses (I), M.B. du 31.12.2010 (Éd. 3), art. 117.

6. Loi du 29.12.2010 portant des dispositions diverses (I), M.B. du 31.12.2010 (Éd. 3), art. 119.

### 3. Prescriptions moins onéreuses

Depuis 2006, les médecins et les praticiens de l'art dentaire sont tenus de prescrire un certain taux de médicaments moins chers. Prescrire moins cher signifie que les médecins et les praticiens de l'art dentaire choisissent, à raison d'un certain pourcentage et en fonction de leur spécialité, de prescrire des médicaments de marque originaux dont le prix a diminué de sorte que le patient ne doive pas payer de ticket modérateur supplémentaire, des médicaments génériques ou des médicaments en DCI, c'est-à-dire prescrits sous le nom de la molécule. Cette mesure permet de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie. La fixation du taux de prescription de médicaments moins onéreux permet en outre d'améliorer l'accès aux soins de santé. Les médicaments innovateurs ou les indications nouvellement enregistrées peuvent être plus rapidement remboursés et les patients doivent payer une quote-part personnelle moins élevée.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, les taux de prescription de médicaments moins onéreux que les médecins et les praticiens de l'art dentaire doivent respecter en fonction de leur spécialisation, augmentent.<sup>7</sup> La période d'observation du profil de prescription du médecin ainsi que le nombre de conditionnements minimum que les médecins doivent prescrire pour entrer en ligne de compte, seront également adaptés.

### 4. Frais d'administration

Le montant des frais d'administration pour les 5 alliances nationales et la Caisse des soins de santé de la SNCB a été fixé.<sup>8</sup> Ici aussi, on a dû tenir compte du contexte budgétaire difficile.

## II. Soins de santé

### 1. Assurés

#### a. Frais de déplacement

À partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010, l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans les frais de déplacement de bénéficiaires séjournant dans un centre de soins de jour. L'intervention s'élève à 0,30 EUR par kilomètre (montant indexé annuellement) et est accordée pour une distance maximum de 15 kilomètres entre le lieu du domicile effectif et le centre de soins de jour.<sup>9</sup>

7. Loi du 29.12.2010 portant des dispositions diverses (I), M.B. du 31.12.2010 (Éd. 3), art. 113-114.

8. Loi du 29.12.2010 portant des dispositions diverses (I), M.B. du 31.12.2010 (Éd. 3), art. 118.

9. A.R. du 12.10.2010 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans les frais de transport des bénéficiaires admis dans un centre de soins de jour, M.B. du 27.10.2010, p. 64359.



## b. Douleur aiguë chez l'enfant

Une convention de 3 ans a été conclue entre la Société belge de pédiatrie et le Comité de l'assurance en vue de financer des projets temporaires et expérimentaux sur la douleur aiguë chez l'enfant.

Cette convention est prolongée d'un an, et court jusqu'au 31 décembre 2010. La phase clinique du projet se prolonge donc en 2010, et l'intervention maximale s'élève à 500 000 EUR.<sup>10</sup>

## c. Lutte contre la tuberculose

Une convention de 5 ans a été conclue entre l'Œuvre nationale belge de défense contre la tuberculose et les maladies respiratoires et le Comité de l'assurance en vue de financer des projets en matière de soins coordonnés dans le cadre du diagnostic et du traitement de la tuberculose.

À partir du 1<sup>er</sup> février 2011, un financement adapté est prévu afin de garantir la continuité du projet.<sup>11</sup>

# 2. Dispensateurs de soins

## a. Médecins

### ACCORD NATIONAL MÉDICO-MUTUALISTE 2011

Le 13 décembre 2010, la Commission nationale médico-mutualiste a conclu un nouvel accord pour 2011<sup>12</sup>. Voici un résumé des points principaux :

#### • Mesures relatives aux médecins généralistes

Les honoraires et le forfait d'accréditation des médecins généralistes tels que fixés au 31 décembre 2010 sont indexés de façon linéaire de 1,40 %, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Les propositions suivantes sont formulées pour une politique intégrée des services et des postes de garde de médecins généralistes :

- adaptation et simplification de la procédure pour la conclusion de conventions en matière de postes de garde de médecins généralistes
- ancrage du financement dans un cadre structurel plutôt que dans un contexte expérimental
- précision des conditions de financement
- encouragement de l'application systématique du régime du tiers-payant dans le cadre des postes de garde
- augmentation du budget afin d'augmenter le nombre de postes de garde de médecins généralistes et de financer un certain nombre de solutions similaires, via des conventions avec le Comité de l'assurance
- suivi et évaluation périodique des mesures concernées par un groupe de direction désigné par la Commission nationale médico-mutualiste.

10. A.R. du 22.12.2010 modifiant l'A.R. du 07.04.2005 fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée dans le cadre de projets temporaires et expérimentaux concernant la douleur aiguë chez les enfants, M.B. du 28.12.2010 (Éd. 2), p. 82493.

11. A.R. du 23.12.2010 fixant les conditions selon lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être octroyée aux dispensateurs de soins qui développent des projets relatifs à la dispensation coordonnée de soins en Belgique, in casu le diagnostic et le traitement de la tuberculose, M.B. du 28.12.2010 (Éd. 2), p. 82494.

12. Accord national médico-mutualiste 2011 du 13.12.2010, M.B. du 17.01.2011 (Éd. 2), p. 3089.

La Commission nationale médico-mutualiste fera une première évaluation, en 2011, de l'utilisation des trajets de soins. Si nécessaire, des moyens supplémentaires seront dégagés pour favoriser et soutenir le développement des trajets de soins.

Les médecins généralistes conventionnés s'engagent, en règle générale, à appliquer le régime du tiers-payant pour toutes les prestations relatives aux consultations.

En cas de présomption d'abus, d'irrégularités dans le chef du patient ou si l'on présume que la situation réelle du patient ne correspond pas aux conditions, l'application du tiers-payant peut toutefois être refusée. L'application de ce régime sera évaluée au bout d'un an sur la base de constats éventuels, tant chez les médecins que dans les organismes assureurs.

L'intervention annuelle en vue de soutenir les cabinets de médecins généralistes, octroyée à quelques médecins généralistes qui sont inscrits dans le service de garde, organisé par un cercle de médecins généralistes agréé, et qui atteignent un seuil d'activités d'au moins 1 250 consultations et/ou visites à domicile par an, s'élève à 1 500 EUR en 2011.

#### • Mesures relatives aux médecins spécialistes

Les honoraires et le forfait d'accréditation des médecins spécialistes tels que fixés au 31 décembre 2010 sont indexés à raison de 1,40 % au 1<sup>er</sup> janvier 2011, pour toutes les prestations de l'article 2 réservées aux médecins spécialistes ; pour toutes les prestations de l'article 3 réservées aux médecins spécialistes à l'exception de la biologie clinique, pour toutes les prestations de gynécologie de l'article 9, b) et c), et de l'article 14, g) et, pour finir, pour toutes les prestations de l'article 25.

Les honoraires supplémentaires pour les prestations effectuées entre 21 heures et 8 heures ou le samedi, le dimanche ou un jour férié sont réinstaurés et revalorisés.

En ce qui concerne les prestations spéciales :

- un certain nombre de modifications à la lettre-clé sont demandées en attendant une modification technique de la nomenclature
- un certain nombre de modifications de la nomenclature des prestations de santé sont demandées, soit d'autres, nouvelles mesures ayant un impact similaire pour les dispensateurs de soins concernés.

Lors de l'élaboration du budget, on a tenu compte d'une économie de 45 millions d'EUR pour l'imagerie médicale, suite à la décision du gouvernement pour l'année 2010. Les prestations relatives à l'imagerie médicale en 2011 ne seront indexées à raison de 1,40 % qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011, au terme d'une évaluation par la Commission nationale médico-mutualiste.

Si l'effet escompté de la mesure s'avère être plus important que prévu, des moyens financiers seront dégagés pour soutenir des mesures visant à améliorer la qualité.

Les enveloppes imagerie médicale et biologie clinique sont fixées pour l'année 2011.

#### • Mesures relatives aux assurés

L'application des tickets modérateurs lors d'une consultation d'un bénéficiaire chez le médecin généraliste sera simplifiée.

Les organismes assureurs organiseront, en concertation avec les représentants des médecins, les campagnes d'information nécessaires en vue de renforcer le tiers-payant social. Ils prendront par ailleurs des initiatives en vue d'informatiser les procédures administratives.

Les honoraires supplémentaires pour les consultations du médecin généraliste pendant la nuit, le week-end et les jours fériés seront entièrement remboursés.

L'intervention dans la gestion du dossier médical global pour le médecin généraliste et les patients sera simplifiée à partir de l'année de prolongation 2011 en attendant l'instauration de MyCarenet.

- **Autres initiatives**

Le taux de conventionnement dans certains arrondissements et pour certaines spécialités aboutit à des informations peu transparentes concernant les montants dus par les patients hospitalisés et ambulatoires. La Commission nationale médico-mutualiste entame une concertation, et prépare les mesures qui conviennent en matière de transparence.

Afin d'éviter le financement des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) par l'industrie pharmaceutique, la Commission nationale médico-mutualiste décide d'attribuer un montant de 1 360 000 EUR au financement public des groupes locaux d'évaluation médicale.

- Financement des postes de garde de médecins généralistes

Depuis 2003, l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde des interventions dans le cadre de projets temporaires et expérimentaux en rapport avec les services de garde organisés par des médecins généralistes dans certaines régions.<sup>13</sup>

- ces initiatives sont prolongées en 2010
- le montant maximum pouvant être accordé, par an, s'élève à 3 450 000 EUR.

- Groupement de médecins généralistes

À partir de la même date (01.01.2011), 2 formulaires permettent de s'enregistrer comme pratique de groupe, et de communiquer toute modification des données enregistrées.<sup>14</sup>

- Statut social

Le montant des avantages sociaux pour les médecins qui ont adhéré à l'accord national s'élève à 4 141,16 EUR, pour 2010. Pour les médecins qui n'ont que partiellement adhéré à l'accord, le montant s'élève à 2 036,77 EUR.

Il ne peut être dérogé aux montants des honoraires :

- pour les médecins généralistes : uniquement pour les consultations, les rendez-vous et les prestations effectuées au cabinet, maximum trois fois par semaine, par bloc de quatre heures successives maximum. Le reste de la pratique représente au moins les trois-quarts de la pratique totale
- pour les médecins spécialistes : uniquement pour les prestations au bénéfice des patients ambulatoires (patients non hospitalisés et patients non admis en hôpital de jour ou forfait), maximum quatre fois par semaine, par bloc de quatre heures successives maximum. La moitié de toutes les prestations pour les patients ambulatoires doivent être effectuées aux tarifs d'honoraires fixés.

13. A.R. du 04.10.2010 modifiant l'A.R. du 16.01.2003 fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée dans le cadre de projets temporaires et expérimentaux en rapport avec les services de garde des médecins généralistes, M.B. du 08.11.2010, p. 66558.

14. Règlement du 11.10.2010 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 19.10.2010, p. 62112.

Le montant de la pension de retraite est fixé, pour 2010, à 5 081,85 EUR, le montant de la pension de survie étant fixé à 4 234,99 EUR.<sup>15</sup>

En vue de renforcer l'attrait d'une adhésion à l'accord médico-mutualiste :<sup>16</sup>

- le montant du statut social serait fixé, en 2011, à 4 199,14 EUR pour les médecins qui sont censés, de plein droit, avoir adhéré à l'accord pour l'ensemble de leur activité professionnelle
- le montant du statut social serait fixé, en 2011, à 2 065,28 EUR pour les médecins qui n'ont que partiellement adhéré à l'accord.

## b. Praticiens de l'art dentaire

### ACCORD NATIONAL DENTO-MUTUALISTE 2011-2012

Le 8 décembre 2010, la Commission nationale dento-mutualiste a conclu un nouvel accord pour 2011-2012.<sup>17</sup> Voici un résumé des points principaux :

- **Honoraires**

Tous les honoraires tels que fixés au 31 décembre 2010 sont indexés de façon linéaire de 1,40 %, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

- **Nomenclature**

Propositions pour 2011 :

- extension de la limite d'âge pour l'examen buccal annuel
- modification de la limite d'âge pour l'examen buccal parodontique approfondi jusqu'au 50<sup>e</sup> anniversaire
- limitation du ticket modérateur pour l'examen buccal parodontique jusqu'au 50<sup>e</sup> anniversaire
- technique d'apexification
- extension de la limite d'âge pour le détartrage subgingival jusqu'au 50<sup>e</sup> anniversaire
- honoraires supplémentaires pendant un service de garde organisé pour maximum quatre jours de pont par an
- nettoyage prophylactique sous anesthésie générale chez des handicapés physiques ou mentaux.

Les points suivants seront réalisés en 2012, dans les limites des moyens disponibles :

- poursuite de l'extension de la limite d'âge pour les extractions dentaires
- revalorisation du détartrage subgingival
- introduction dans la nomenclature de la sédation consciente dans les cabinets dentaires de 1<sup>re</sup> ligne
- révision globale de l'imagerie orale
- approche intégrée des cas d'agénésies multiples
- extension de la limite d'âge pour l'examen buccal annuel jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire.

15. A.R. du 15.12.2010 fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2010 pour certains médecins par le Service des soins de santé de l'INAMI et adaptant les montants de base des pensions de retraite et de survie visés par l'A.R. du 06.03.2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins, M.B. du 22.12.2010 (Éd. 2), p. 81389.

16. Accord national médico-mutualiste 2011 du 13.12.2010, M.B. du 17.01.2011 (Éd. 2), p. 3089.

17. Accord national dento-mutualiste 2011-2012 du 08.12.2010, M.B. du 10.01.2011, p. 545.

- **Fonds d'impulsion 2012**

Le problème lié à la nécessité de maintenir le nombre de praticiens de l'art dentaire peut, en partie, être résolu par la création d'un fonds d'impulsion qui accorderait une prime d'emploi aux praticiens de l'art dentaire qui ont, ou qui embauchent un(e) assistant(e) qualifié(e). Une proposition sera développée en ce sens avec date d'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Des propositions seront en outre formulées en vue de garder les praticiens de l'art dentaire qui approchent l'âge de la pension plus longtemps au travail. Le soutien à l'installation de praticiens de l'art dentaire dans les zones à faible densité de praticiens de l'art dentaire sera, en outre, examiné.

- **Autres initiatives (sélection à partir de la liste des 9 projets)**

La problématique de l'ostéite et de l'anesthésie générale dans le secteur des praticiens de l'art dentaire est examinée dans un groupe de travail CTD-CTM (Conseil technique dentaire et Conseil technique médical).

L'impact des dispositions du nouveau protocole d'hygiène est évalué. Sur la base de cette évaluation, il y a lieu de mettre en œuvre ces nouvelles dispositions, en plusieurs phases, à partir de 2012.

La Commission nationale dento-mutualiste entamera les préparations en vue d'instaurer MyCarenet dans le secteur des praticiens de l'art dentaire, au plus tard dans le courant de 2013.

La Commission prendra par ailleurs des initiatives pour formuler des recommandations concernant les radiographies panoramiques.

La Commission nationale dento-mutualiste contribuera à l'élaboration du profil du patient à risque, et à l'instauration de mesures visant à décrire, pour certains groupes à risque (notamment pour les patients ayant un bas niveau socio-économique et un risque élevé de caries), un trajet de soins préventif individuel adapté ou un plan de traitement.

Un groupe de travail constitué des représentants de l'INAMI, du SPF Santé publique, de la Commission nationale dento-mutualiste et des Commissions d'agrément concernées est créé en vue de trouver une solution aux problèmes des stagiaires dentistes qui approchent la fin de leur stage, et de leur accès à la nomenclature des prestations de santé.

- **Statut social**

La cotisation annuelle pour instituer un régime d'avantages sociaux pour les praticiens de l'art dentaire s'élève à 2 058,08 EUR pour 2010.<sup>18</sup>

La Commission nationale dento-mutualiste propose de fixer le montant, pour 2011, à 2 086,89 EUR et d'envisager une augmentation de ce montant pour 2012.<sup>19</sup>

## c. Kinésithérapeutes

Le Service des soins de santé de l'INAMI verse, pour 2009, un montant de 1 390,49 EUR par kinésithérapeute conventionné en vue d'instituer un régime d'avantages sociaux.<sup>20</sup>

18. A.R. 15.12.2010 fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2010 par le Service des soins de santé de l'INAMI telle qu'elle est prévue par l'A.R. du 17.08.2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art dentaire, M.B. du 22.12.2010 (Éd. 2), p. 81389.

19. Accord national dento-mutualiste 2011-2012 du 08.12.2010, M.B. du 10.01.2011, p. 545.

20. A.R. du 15.12.2010 modifiant l'A.R. du 23.01.2004, instituant un régime d'avantages sociaux pour certains kinésithérapeutes, M.B. du 22.12.2010 (Éd. 2), p. 81391.

#### d. Pharmaciens

La cotisation annuelle versée par le Service des soins de santé de l'INAMI dans le cadre du régime des avantages sociaux pour les pharmaciens, s'élève, pour 2009, à 2 575,84 EUR par pharmacien qui remplit les conditions.<sup>21</sup> Le montant de ces cotisations est ramené à :

- 1 931,88 EUR si la durée hebdomadaire moyenne de cette activité atteint 28 heures par semaine sur base annuelle, mais moins de 38 heures par semaine sur base annuelle
- 1 287,91 EUR si la durée hebdomadaire moyenne de cette activité atteint 19 heures par semaine sur base annuelle, mais moins de 28 heures par semaine sur base annuelle.

#### e. Facturation

##### MAISONS DE REPOS

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, un nouveau modèle de facturation individuelle est applicable et sera transmis par les maisons de repos aux patients et à leur organisme assureur.<sup>22</sup>

##### HÔPITAUX

À partir de la même date, de nouveaux formulaires seront applicables pour les hôpitaux :<sup>23</sup>

- les hôpitaux qui ont l'autorisation de supprimer la facture papier individuelle ne sont plus tenus d'envoyer une facture récapitulative aux organismes assureurs. Ils doivent néanmoins conserver la facture récapitulative dans l'hôpital pendant une période maximum de 7 ans
- le code de notification des implants doit être mentionné sur la facture patient ainsi que sur la facture destinée à l'organisme assureur
- sur la facture patient doivent figurer les frais générés par le transport urgent de malades. Deux cases "Frais de transport" et "Nombre de kilomètres" sont déjà prévues sur la note d'hospitalisation destinée à l'organisme assureur.

### 3. Prestations

#### a. Médecins

##### CONSULTATIONS, VISITES, CONSEILS, PSYCHOTHÉRAPIES ET AUTRES PRESTATIONS

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, les honoraires des spécialistes en rhumatologie augmentent.<sup>24</sup> La quote-part personnelle du bénéficiaire ne change pas : elle reste de 40 % pour le patient ne bénéficiant pas de l'intervention majorée, et de 3,06 EUR pour le patient qui en bénéficie.

À partir du 1<sup>er</sup> février 2011, la limitation à une fois par an de la prestation "Évaluation gériatrique pluridisciplinaire avec rapport par le médecin spécialiste en gériatrie" est supprimée.<sup>25</sup>

21. A.R. du 09.12.2009 modifiant l'A.R. du 18.03.1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains pharmaciens, M.B. du 18.12.2009 (Éd. 2), p. 79733.

22. Règlement du 10.10.2010 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11° de la loi SSI, M.B. du 20.10.2010 (Éd. 2), p. 62282.

23. Règlement du 29.11.2010 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 09.12.2010 (Éd. 2), p. 76312 et l'err., M.B. du 25.01.2011, p. 6993.

24. A.R. du 22.10.2010 modifiant l'art. 2, A, 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 29.11.2010, p. 73244.

25. A.R. du 15.11.2010 modifiant l'art. 2, A, 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 07.12.2010, p. 74178.

## PRESTATIONS SPÉCIALES GÉNÉRALES

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, les recharges d'une pompe anti-douleur sont remboursées à raison de 6 fois par an au lieu de 4 fois par an, mais à un tarif réduit :<sup>26</sup>

- la plupart des recharges utilisées ont une stabilité de moins de 90 jours
- des concentrations plus faibles sont à recommander mais la fréquence doit alors être augmentée
- la population de patients chroniques devant faire appel à cette prestation vit, dans la plupart des cas, d'un revenu de remplacement. On évite ainsi que ces patients doivent eux-mêmes supporter les frais d'un certain nombre de recharges.

## RÉÉDUCATION CARDIAQUE

La quote-part personnelle des bénéficiaires dans les prestations de rééducation cardiaque est adaptée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011.<sup>27</sup> Avant cette date, l'intervention de l'assurance consistait en un montant forfaitaire. L'intervention de l'assurance est actuellement un pourcentage des honoraires (95 % avec régime préférentiel ou 90 % sans régime préférentiel) permettant de compenser le mécanisme d'indexation des honoraires et de non-indexation de l'intervention de l'assurance.

## EXAMEN PÉDIATRIQUE

Les honoraires pour un examen pédiatrique effectué chez un bénéficiaire hospitalisé de moins de 16 ans ne peuvent être portés en compte dans un hôpital de jour, et sont donc réservés aux patients hospitalisés pendant au moins 1 nuit. Dans ce contexte, une règle interprétative avec effet rétroactif (au 01.10.2001) sera rédigée.<sup>28</sup>

## CONSULTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

Suite à une modification des libellés et des règles d'application relatifs à la consultation oncologique multidisciplinaire, les formulaires y afférents, à compléter par le médecin-coordonateur, ont été adaptés depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2010.<sup>29</sup>

## CHIRURGIE

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, une nouvelle prestation pour la pose d'un stent dans les voies lacrymales a été insérée dans la nomenclature.<sup>30</sup>

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, la prestation pour un examen électrophysiologique (EEF) et le traitement percutané d'un flutter ou d'une fibrillation auriculaire gauche n'est remboursée que dans un établissement hospitalier disposant du programme partiel B3 du programme de soins "pathologie cardiaque B".<sup>31</sup>

26. A.R. du 22.10.2010 modifiant l'art. 11, § 1<sup>er</sup>, 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 29.11.2010, p. 73245.

27. A.R. du 17.11.2010 modifiant l'A.R. du 10.01.1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'art. 23, § 2, al. 2, de la loi SSI, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, M.B. du 25.11.2010, p. 72941.

28. Règles interprétatives du 27.09.2010 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 18.11.2010, p. 71732.

29. Voir B.I.-INAMI 2010/2-3, p. 207, Règlement du 27.09.2010 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11<sup>o</sup>, de la loi SSI, M.B. du 14.10.2010, p. 61504.

30. A.R. du 22.10.2010 modifiant l'art. 14, h), § 1<sup>er</sup>, l., 1<sup>o</sup>, 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 29.11.2010, p. 73246.

31. A.R. du 22.10.2010 modifiant l'art. 34, § 1<sup>er</sup>, b), 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 25.11.2010, p. 72940.

À partir du 1<sup>er</sup> février 2011, deux prestations de stomatologie seront supprimées.<sup>32</sup> Les mêmes prestations figurent également ailleurs dans cet article avec une autre valeur (inférieure).

### IMAGERIE MÉDICALE

À partir du 1<sup>er</sup> février 2011, les prestations relatives à l'examen duplex couleur des vaisseaux sanguins dans les membres inférieurs seront modifiées.<sup>33</sup>

### BIOLOGIE CLINIQUE

À partir du 1<sup>er</sup> février 2011, la nomenclature prévoit deux nouvelles prestations remboursables pour le suivi thérapeutique du cancer de la prostate :<sup>34</sup>

- une prestation pour le screening classique des hommes à partir de 50 ans
- une prestation pour le screening des hommes qui ont des antécédents familiaux de cancer de la prostate et qui ont été diagnostiqués avant l'âge de 65 ans, ce screening pouvant être effectué à partir de 40 ans.

À partir du 2 décembre 2010, le libellé des honoraires forfaitaires pour la biologie clinique pouvant être portés en compte en cas d'hospitalisation de jour, sera précisé.<sup>35</sup>

## b. Praticiens de l'art dentaire

### PRÉVENTION

Trois formulaires devant être complétés par les praticiens de l'art dentaire seront modifiés à partir du 1<sup>er</sup> février 2011.<sup>36</sup>

- le formulaire principal relatif à l'examen buccal (annexe 62 du Règl. des soins de santé du 28.07.2003) : le formulaire a été actualisé, et les conseils en matière d'hygiène buccale ont entièrement été revus
- la limite d'âge a été adaptée à 18 ans dans les annexes 56 et 57 du Règlement des soins de santé du 28 juillet 2003.

### RÈGLES INTERPRÉTATIVES

Trois nouvelles règles interprétatives relatives aux implants oraux seront applicables à partir du 1<sup>er</sup> mai 2009 :<sup>37</sup>

- préciser quel doit être le statut dans le cadre du remboursement des codes de la rubrique "Prothèses dentaires amovibles, consultations comprises" pour pouvoir bénéficier d'un remboursement
- préciser ce qu'on entend par "la prothèse dentaire complète amovible existante" lorsque l'assuré a bénéficié d'un remboursement pour au moins deux prothèses amovibles.

32. A.R. du 22.10.2010 modifiant les art. 14, l), et 15, § 17, 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 07.12.2010, p. 74177.

33. A.R. du 22.10.2010 modifiant les art. 17, § 1<sup>er</sup>, 12<sup>e</sup>, 17 bis; § 1<sup>er</sup>, 2., 17 quater; § 1<sup>er</sup>, 2, et 26, §§ 10 et 13, 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 15.12.2010, p. 77410.

34. A.R. du 22.10.2010 modifiant les art. 18, § 2, B, e), 19, § 5quinquies, et 24, § 1<sup>er</sup>, 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 09.12.2010 (Éd. 2), p. 76309.

35. A.R. du 22.10.2010 modifiant l'art. 24, § 2, 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 22.11.2010, p. 72027.

36. Règlement du 29.11.2010 modifiant le Règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11<sup>e</sup>, de la loi SSI, M.B. du 21.12.2010 (Éd. 3), p. 78763.

37. Règles interprétatives du 29.11.2010 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 17.12.2010, p. 77968.



- Les patients qui ont depuis longtemps une prothèse de recouvrement et chez qui il y a lieu de remplacer la prothèse (et l'ancrage) ne peuvent bénéficier d'un remboursement que si la prothèse de recouvrement et l'ancrage sont posés un an après la pose de la nouvelle prothèse. Concrètement, le patient devra patienter au moins un an après la pose d'une nouvelle prothèse pour bénéficier d'un remboursement pour l'ancrage.

Deux modifications seront apportées dans le cadre de l'orthodontie à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2009 :<sup>38</sup>

- une règle interprétative sera supprimée, la nomenclature même étant suffisamment claire. La règle devient donc superflue
- une règle interprétative tiendra compte d'un délai maximum de 18 mois pour l'attestation groupée des numéros de code de nomenclature 305616-305620, et sera donc adaptée en ce sens. Ce mode d'attestation a été inséré dans la nomenclature le 1<sup>er</sup> décembre 2009.

### c. Bandagistes

Le système de location des voitures dans les maisons de repos pour personnes âgées et dans les maisons de repos et de soins est entré en application le 1<sup>er</sup> septembre 2007.<sup>39</sup>

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, la réglementation sera modifiée comme suit :<sup>40</sup>

- le numéro de série doit être conservé pour les voitures délivrées selon les règles de la nomenclature classique
- le nombre de données conservées par le bandagiste sera élargi pour les voitures délivrées dans le cadre du système de location
- la création d'une banque de données pour le suivi des voitures louées et l'évaluation du système de location sont prévues.

### d. Implants

À partir du 1<sup>er</sup> décembre 2010, la nomenclature des stimulateurs cardiaques sera modifiée comme suit :<sup>41</sup>

- le responsable du programme de soins P est coresponsable de la fixation des indications et est tenu de cosigner le formulaire d'enregistrement standardisé concernant les stimulateurs cardiaques
- une garantie de six ans est prévue pour les dispositifs figurant dans la liste limitative : une garantie totale de quatre ans, et pour les deux années suivantes une garantie au prorata. Les conditions de garantie doivent être respectées par la firme qui a fourni le dispositif original, peu importe si cette firme a ou non délivré le stimulateur cardiaque de remplacement
- la raison du remplacement d'un stimulateur cardiaque au bout de six ans doit être mentionnée. Les données concernant le statut des batteries doivent également figurer dans le dossier
- une copie de l'ECG justifiant l'indication pour le premier implant doit être conservée dans le dossier du patient.

38. Idem.

39. Voir B.I.-INAMI 2007/4, p. 573.

40. A.R. du 26.09.2010 modifiant l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 29.11.2010, p. 73242.

41. A.R. du 03.09.2010 modifiant l'art. 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 04.10.2010, p. 59771.

La nomenclature des implants pour la colonne vertébrale sera modifiée à partir du 1<sup>er</sup> février 2011 : les prestations de l'article 28 seront transférées vers l'article 35 de la nomenclature, et de nouvelles prestations seront créées dans l'article 35.<sup>42</sup>

À partir du 1<sup>er</sup> février, la nomenclature des implants pour les prestations de chirurgie thoracique et de cardiologie sera modifiée.<sup>43</sup> Les règles de non cumul seront adaptées à la réalité.

### e. Prestations de rééducation fonctionnelle

#### TRAJETS DE SOINS

Les mesures accompagnatrices suivantes, en vue de l'application des trajets de soins, seront applicables à partir du 1<sup>er</sup> juin 2009.<sup>44</sup>

- les patients suivant un trajet de soins auront accès aux prestations de diététique et de podologie
- les prestations d'éducation en matière de diabète seront également accessibles aux patients suivant un trajet de soins
- les éducateurs en matière de diabète peuvent se faire agréer. Les diététiciens, les podologues et les kinésithérapeutes entrent en ligne de compte pour un agrément. Un règlement distinct en dehors de la nomenclature de rééducation fonctionnelle est réservé aux praticiens de l'art infirmier
- le matériel d'autogestion tel que le matériel de contrôle de la glycémie et le tensiomètre peut également être fourni et porté en compte par des fournisseurs qui ne sont pas pharmaciens. Un règlement distinct en dehors de la nomenclature de rééducation fonctionnelle est réservé aux pharmaciens
- le matériel de contrôle de la glycémie est parfois aussi remboursé aux patients diabétiques qui n'ont pas souscrit à un trajet de soins
- les fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmaciens (mais p. ex. des associations de patients diabétiques, des boutiques de soins à domicile ou des médiathèques) peuvent uniquement être agréés pour peu qu'ils remplissent les conditions de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé
- les indications pour les prestations de podologie sont élargies. Ces prestations jouent un rôle important dans la prévention de complications médicales onéreuses, d'amputations et de perte d'autonomie.

L'intervention dans les frais d'éducation de patients diabétiques et de matériel d'autogestion est possible via le régime du tiers payant.<sup>45</sup> Cette adaptation se fera également de manière rétroactive à partir du 1<sup>er</sup> juin 2009, en même temps que l'entrée en vigueur de la réglementation des trajets de soins.

#### ERGOTHÉRAPIE APRÈS UNE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE LOCOMOTRICE

À partir du 25 décembre 2010, la nomenclature de rééducation fonctionnelle prévoit un remboursement des prestations d'ergothérapie effectuées par des ergothérapeutes.<sup>46</sup>

42. A.R. du 15.11.2010 modifiant les art. 28 et 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 17.12.2010, p. 77807.

43. A.R. du 12.10.2010 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 28.12.2010 (Éd. 2), p. 82491.

44. A.R. du 22.10.2010 modifiant l'A.R. du 10.01.1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'art. 23, § 2, al. 2, de la loi SSI, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, M.B. du 06.12.2010, p. 74060.

45. A.R. du 31.01.2010 modifiant l'A.R. du 10.10.1986 portant exécution de l'art. 53, § 1<sup>er</sup>, al. 9, de la loi SSI, M.B. du 06.12.2010, p. 74059.

46. A.R. du 19.11.2010 modifiant l'A.R. du 10.01.1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'art. 23, § 2, al. 2, de la loi SSI, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix,

### • Les prestations d'ergothérapie

Les prestations d'ergothérapie peuvent être effectuées pour des bénéficiaires ayant achevé un programme de rééducation fonctionnelle, locomotrice ou neurologique, dans un centre conventionné. Pour ces patients, l'ergothérapie peut consolider les acquis de la rééducation fonctionnelle et favoriser leur insertion.

- les prestations doivent être effectuées dans le cadre de vie du patient
- les prestations doivent être prescrites par le médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle du centre où le bénéficiaire a suivi un programme complet de rééducation fonctionnelle
- les prestations doivent être effectuées dans les six mois suivant la fin du programme complet de rééducation fonctionnelle
- une notification au médecin-conseil et un bilan fonctionnel final sont prévus.

### • Les ergothérapeutes

L'agrément des ergothérapeutes est délivré par le Service des soins de santé de l'INAMI jusqu'à ce que la profession d'ergothérapeute soit reconnue par le SPF Santé publique. La demande d'agrément est introduite auprès du fonctionnaire dirigeant du Service et comprend :

- une copie du diplôme "d'ergothérapeute"
- l'engagement d'attester les prestations telles que fixées dans la nomenclature
- l'engagement d'appliquer les honoraires de la nomenclature.

### • Le régime du tiers payant

Les prestations d'ergothérapie effectuées pour les patients ayant achevé un programme de rééducation fonctionnelle, locomotrice ou neurologique, dans un centre conventionné, sont remboursables via le régime du tiers payant.<sup>47</sup>

## f. Spécialités pharmaceutiques

### NUTRITION MÉDICALE

La procédure d'intervention de l'assurance dans les coûts de la nutrition médicale sera modifiée à partir du 19 décembre 2010 dans le cadre de la proposition de la Commission de conventions pharmaciens – organismes assureurs. Les modifications portent sur les conditions de remboursement, la base de remboursement et la catégorie de remboursement.<sup>48</sup> Le délai pendant lequel une firme peut réagir à la proposition provisoire de la Commission de conventions pharmaciens – organismes assureurs est actuellement limité à 90 jours.

## g. Soins à domicile – trajets de soins

Un septième avenant à la convention nationale entre les praticiens de l'art infirmier et les organismes assureurs apporte quelques modifications relatives aux prestations des praticiens de l'art infirmier dans le cadre de trajets de soins pour les patients souffrant du diabète sucré de type 2.

M.B. du 15.12.2010, p. 77414 et l'erratum M.B. du 18.02.2011 (Éd 2), p.11971.

47. A.R. du 15.11.2010 modifiant l'A.R. du 10.10.1986 portant exécution de l'art. 53, § 1<sup>er</sup>, al. 9, de la loi SSI, M.B. du 15.12.2010, p. 77413.

48. A.R. du 22.10.2010 modifiant l'A.R. du 24.10.2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales, M.B. du 09.12.2010 (Éd. 2), p. 76311.

Les modifications suivantes sont applicables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011 :

- l'éducation de suivi remboursable et l'éducation supplémentaire en cas de problème par des praticiens de l'art infirmier à domicile seront possibles dans la même année civile si l'éducation de départ a été donnée aux patients qui entament l'autogestion dans un centre de convention du diabète mais qui concluent, dans la même année encore, un contrat de trajet de soins
- le texte a été adapté à celui de l'autre réglementation
- la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs devra prendre des décisions concernant les praticiens de l'art infirmier ayant un numéro d'enregistrement spécifique provisoire et concernant le seuil d'activité minimum devant être consacré aux activités spécifiques et ce, pour le 31 août 2013 et non plus pour le 30 septembre 2011.

### III. Indemnités

#### 1. Régularisation suite à une reprise d'activité non autorisée

L'article 101 de la loi coordonnée prévoit une procédure de régularisation de la situation du titulaire reconnu en incapacité de travail qui a repris une activité sans l'autorisation préalable du médecin-conseil, ou qui n'a pas respecté les conditions liées à l'autorisation.

Les modalités de régularisation seront modifiées à partir du 31 décembre 2010.<sup>49</sup>

À partir de cette date, la possibilité de régulariser, sur le plan médical, la situation passée de l'assuré sera supprimée. Le titulaire reconnu en incapacité de travail qui a exercé une activité sans autorisation préalable du médecin-conseil doit toutefois encore subir un examen médical, mais cet examen porte uniquement sur l'évaluation de l'incapacité au moment, et après, cet examen.

- le délai dans lequel cet examen médical doit avoir lieu est fixé à 30 jours ouvrables, à compter de la date à laquelle l'organisme assureur a constaté l'activité non autorisée ou à compter de la date à laquelle la constatation a été communiquée à l'organisme assureur
- la décision de fin de la reconnaissance doit être notifiée dans les mêmes délais que ceux actuellement applicables pour les décisions de fin d'incapacité de travail (incapacité de travail primaire et invalidité).
  - Ceci signifie que dans une période d'incapacité de travail primaire, la décision de fin de reconnaissance de l'incapacité de travail est communiquée à l'assuré immédiatement après l'examen médical ou lui est notifiée, sans délai, par lettre recommandée (s'il refuse de signer l'accusé de réception)
  - dans une période d'invalidité, la décision de fin d'incapacité de travail est notifiée dans les trois jours ouvrables qui suivent le jour de la décision.

49. 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), p. 78095.

## 2. Reconnaissance de l'incapacité de travail

Suite à la réglementation européenne, deux ajouts importants concernant la reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil ont été insérés dans le Règlement du 16 avril 1997 pour les personnes relevant du champ d'application des Règlements (CE) n° 883/2004 du 29 avril 2004, et n° 987/2009 du 16 septembre 2009.<sup>50</sup>

### a. Décisions médicales en cas de début ou de prolongation de l'incapacité de travail

Si au moment de son entrée en incapacité de travail, le titulaire séjourne ou habite dans un État membre de l'Union européenne autre que la Belgique, et qu'il a déclaré son incapacité de travail, le médecin-conseil communique sa décision de reconnaissance ou non de l'incapacité de travail à l'aide d'un formulaire conforme aux nouveaux modèles.

### b. Fin de l'incapacité

Si au moment de son entrée en incapacité de travail, le titulaire séjourne ou habite dans un État membre de l'Union européenne autre que la Belgique, le médecin-conseil peut, sans procéder à un examen médical préalable, mettre fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail à partir de la date de fin de l'incapacité mentionnée sur l'attestation d'incapacité de travail établie par le médecin traitant de l'État du lieu de séjour ou de résidence, ou par l'organe compétent du lieu de séjour ou de résidence.

## 3. Placements familiaux

À partir du 23 novembre 2008, les jours de congé pour l'accueil d'un enfant sont assimilés aux jours de travail pris en considération pour le calcul du stage qu'il faut parcourir avant de pouvoir faire valoir le droit aux indemnités.<sup>51</sup>

## 4. Indexation

À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2010, presque toutes les indemnités sociales seront adaptées suite au dépassement de l'indice pivot.<sup>52</sup>

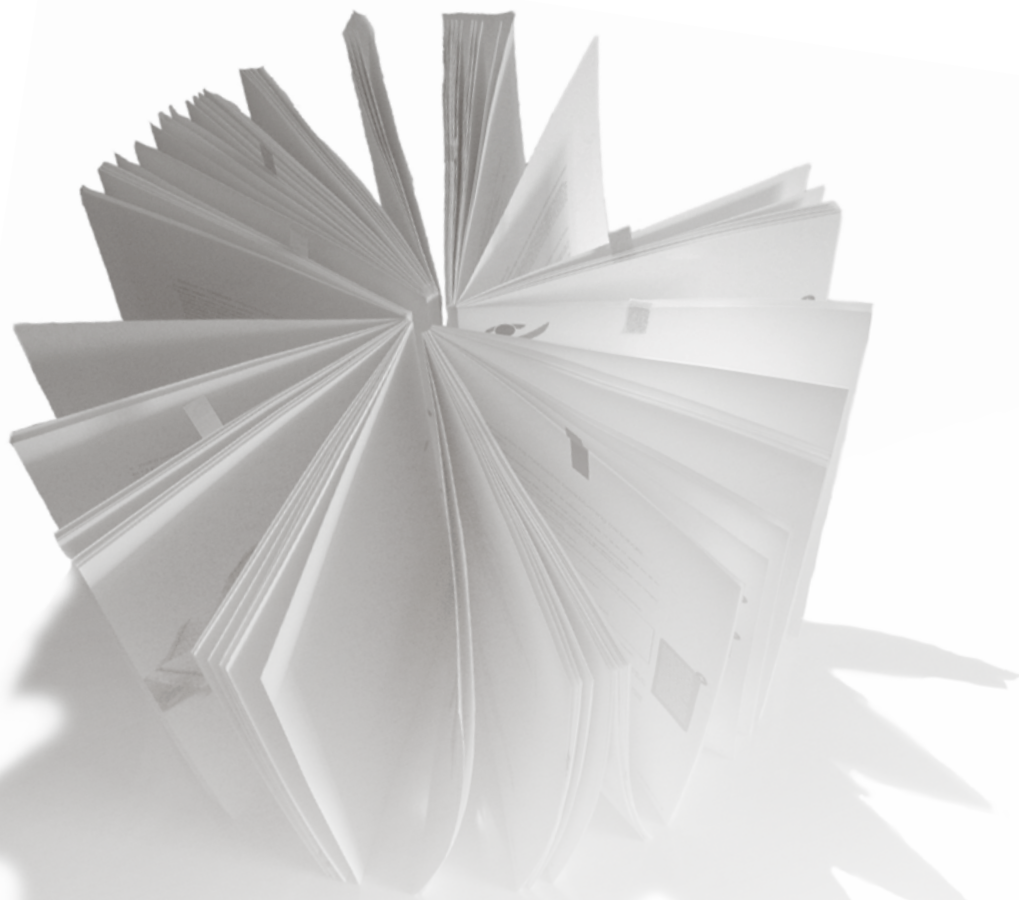
50. Règlement du 17.11.2010 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI, M.B. du 16.12.2010, p. 77611.

51. A.R. du 15.10.2010 instaurant des assimilations dans la législation relative à la sécurité sociale et la législation relative aux vacances annuelles au profit des travailleurs faisant usage du droit au congé pour des soins d'accueil, M.B. du 05.11.2010 (Éd. 2), p. 66334.

52. M.B. du 16.12.2010, p. 77736.

# 3<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



# I. Conseil d'État, section contentieux administratif, arrêt n° 209.282 du 29 novembre 2010

Code judiciaire, articles 2, 828 et suivants  
Loi du 14 juillet 1994, article 145  
Évaluation et contrôle médical - Chambre de recours - Mode de présentation des membres - Fonction juridictionnelle - Impartialité

*Ni la loi coordonnée le 14 juillet 1994, ni l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et des chambres de recours, ne contiennent des dispositions relatives à la récusation des membres de la chambre de recours.*

*Il y a lieu de faire application de l'article 2 du Code judiciaire, ainsi que des articles 828 et suivants.*

*Le mode de présentation des membres de la chambre de recours, est explicitement imposé par l'article 145, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.*

*Ce mode de présentation ne va pas à l'encontre des conditions d'impartialité imposées en particulier par la Convention européenne des droits de l'homme, examinées d'un point de vue organique et objectif.*

*Les personnes concernées, comme tous les magistrats professionnels, siègent en leur nom propre.*

*Dans l'exercice de leur fonction juridictionnelle, ces membres ne peuvent être considérés comme étant les représentants d'un organisme assureur.*

J.V. c./SECM INAMI

...

Considérant que le requérant, qui est docteur en médecine et spécialiste en gynécologie obstétrique, invoque à l'encontre des deux représentants des organismes assureurs siégeant, avec voix consultative, dans la chambre de recours, les articles 828, 2<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> et 831 du Code judiciaire; qu'il développe longuement sa thèse en se référant notamment à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et en faisant des parallèles avec la situation des juges conseillers sociaux; que selon lui, les représentants des organismes assureurs ont "un intérêt direct à la cause"; qu'il souligne que "le meilleur avocat ne peut rien face à un siège dont deux membres [...] n'offrent pas la garantie d'indépendance et d'impartialité en raison de leur mode de nomination, de leur intérêt financier à la cause et de leur lien structurel avec l'une des parties"

...

Considérant que l'article 144, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, énonce que les chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI sont des juridictions administratives; que ni cette loi ni l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et des chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI ne contiennent de dispositions relatives à la récusation des membres des chambres de recours; qu'il y a lieu de faire application de l'article 2 du Code judiciaire applicable aux chambres;

Considérant que l'article 828 du Code judiciaire prévoit ce qui suit :

“ Tout juge peut être récusé pour les causes ci-après :

1° s'il y a suspicion légitime ;

2° si lui-même ou son conjoint à un intérêt personnel à la contestation ;

[...]

5° s'ils ont un procès en leur nom devant un tribunal où l'une des parties est juge;

s'ils sont créanciers ou débiteurs d'une des parties [...];

que ces causes de récusation ne trouvent aucun appui dans la loi dès lors que le mode de présentation des membres de la chambre de recours visés par le requérant est explicitement imposé par l'article 145, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994; que ce mode de présentation ne va pas davantage à l'encontre des conditions d'impartialité imposées en particulier par la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, examinées d'un point de vue organique et objectif, dès lors que les personnes concernées, comme tous les magistrats professionnels, siègent en leur nom propre; que dans l'exercice de leur fonction juridictionnelle, ces membres ne peuvent être considérés comme étant les représentants d'un organisme assureur; qu'en outre, le requérant n'établit pas que les membres de la chambre de recours dont la récusation est demandée ont un intérêt personnel à la contestation ou qu'ils sont créanciers d'une des parties; que la requête n'est pas fondée en ce qu'elle invoque cette disposition; que le postulat du requérant selon lequel les membres nommés sur présentation des organismes assureurs représentent ceux-ci et ont un intérêt à la cause n'est pas établi pour les motifs exposés ci-dessus; qu'il n'y a pas lieu dès lors de poser la question préjudicielle,

...



## II. Conseil d'État, section contentieux administratif, arrêt n° 211.299 du 16 février 2011

Code judiciaire, article 828

Loi du 14 juillet 1994, articles 142-143, 146 et 154-155

Évaluation et contrôle médical - Chambre de recours - Médecins conseils - Impartialité - Fonction juridictionnelle

*Le Conseil d'État est compétent pour connaître des requêtes en récusation déposées contre des membres de la Chambre de recours instituée auprès du SECM.*

*C'est moins la survenance d'un fait que sa connaissance par une partie qui justifie que celle-ci considère qu'un juge doit être récusé ; une nouvelle requête en récusation peut dès lors être introduite sur base de faits dont le requérant n'avait pas connaissance au moment de l'introduction de la première requête.*

*La récusation pour cause de suspicion légitime tend à empêcher qu'une affaire soit jugée par un juge ne présentant pas les garanties d'impartialité requises ; l'existence d'un doute légitime suffit. Le principe de l'impartialité objective est violé si un juge a des rapports professionnels réguliers et étroits avec une partie.*

*Les organismes assureurs n'étant pas à la cause et n'ayant pas d'intérêt direct à ce qu'un prestataire de soins soit tenu à rembourser des prestations indûment attestées, l'argument pris du lien existant entre les médecins-conseils et les organismes assureurs ne peut être retenu.*

*L'indépendance des médecins-conseils à l'égard du SECM est par ailleurs suffisamment garantie par le fait qu'ils ne pourraient en aucun cas être sanctionnés en raison des opinions émises dans le cadre de leur fonction juridictionnelle au sein de la Chambre de recours.*

J.V. c./SECM INAMI

...

Considérant qu'à l'audience, le requérant a soulevé un déclinatoire de compétence du Conseil d'État ; que selon lui, il ne faut pas, en l'espèce, faire application, par analogie, du Code judiciaire mais interpréter à la lettre celui-ci et reconnaître la compétence de la Cour de Cassation ;

Considérant que selon la Cour de Cassation, ensuite de la modification apportée par la loi du 12 mars 1998 au Code judiciaire, aux règles relatives à la récusation et, plus spécialement, à l'article 838 du code précité, l'appréciation des causes de récusation relève non plus de la compétence des juridictions dont les membres sont récusés mais de l'instance juridictionnelle immédiatement supérieure ; que le Conseil d'État est compétent en vertu de l'article 14, § 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, pour connaître des recours en cassation introduits contre les décisions de la chambre de recours instituée auprès du SECM de l'INAMI ; que partant, il est compétent pour connaître de la présente requête ;

Considérant que la partie adverse soutient que les requêtes sont irrecevables ; qu'elle expose qu'il résulte du procès-verbal d'audience du 7 janvier 2010, qu'elles ont été déposées après l'audience, en violation des articles 833 et 835 du Code judiciaire, que le requérant indique, certes, qu'il n'avait pas connaissance de l'identité des médecins avant l'audience, mais que cet argument est avancé pour déjouer l'application des articles 833 et 842 du Code judiciaire et est inexact en fait, que les requêtes étaient prêtes avant l'audience du 7 décembre et ont été complétées à la main, ce qui démontre que l'identité des médecins était sans incidence réelle, que l'identité des médecins-conseils concernés ne change rien dans la mesure où les médecins-conseils se trouvent tous dans les mêmes liens avec les organismes assureurs, que les procès-verbaux d'audience font clairement apparaître que les mêmes membres ont siégé aux précédentes audiences, et que leur identité était connue dès l'audience du 28 septembre 2010, ces procès-verbaux faisant partie du dossier de procédure consultable au greffe, que l'identité des médecins-conseils nommés comme membres effectifs et suppléants de la chambre de recours est indiquée dans l'arrêt du 18 mai 2008 et dans l'arrêt du 28 avril 2010, qu'il n'est donc pas établi que les requêtes en récusation sont justifiées par des causes postérieures au commencement des plaidoiries lors de l'audience du 7 décembre 2010 (art. 833 du C. jud.) ou pour des faits survenus depuis la prononciation de l'arrêt n° 209.282 (art. 842 du C. jud.), que la Cour de cassation a jugé, par son arrêt du 8 juillet 2008, que "toutes les causes de récusation existant à un certain moment et connues à ce moment par le demandeur en récusation, doivent être présentées simultanément ; une seconde demande en récusation introduite par le demandeur est irrecevable lorsqu'elle est fondée sur des faits connus déjà lors de la première récusation", que la Cour de cassation, dans son arrêt du 23 janvier 2009, a également jugé irrecevable une demande de récusation introduite après que les parties ont plaidé sur un incident de procédure, alors qu'à ce moment, le demandeur connaissait déjà les causes de récusation invoquées contre ce magistrat et sans qu'une nouvelle cause de récusation soit invoquée qui serait survenue après que le demandeur a plaidé relativement à cet incident, que l'objet réel des requêtes est le dessaisissement de la chambre de recours dans la mesure où elles visent manifestement tous les membres désignés sur proposition des organismes assureurs sans évoquer le moindre grief d'ordre personnel, ce qui irait à l'encontre de la volonté du législateur de confier ce type de litige à une juridiction spécialisée, que, si le Conseil faisait droit à la demande de récusation, la chambre de recours ne pourrait plus siéger dans sa composition légale, qu'aucune disposition ne prévoit que la chambre de recours puisse siéger dans une composition "remaniée" ni au président de siéger seul, et que la chambre de recours ne pourrait donc plus siéger et commettrait donc un déni de justice ;

Considérant que par son arrêt du 14 novembre 2000, la Cour de cassation a jugé "qu'aux termes de l'article 833 du Code judiciaire, celui qui veut récuser doit le faire avant le commencement de la plaidoirie, à moins que les causes de la récusation ne soient survenues postérieurement ; que le commencement de la plaidoirie signifie le moment où l'on a commencé à plaider" ; que s'il ressort du procès-verbal de l'audience du 7 décembre 2010 que celle-ci a bien été ouverte avant le dépôt des requêtes en récusation, il n'en ressort nullement que les plaidoiries avaient commencé avant que les requêtes en récusation soient déposées au greffe, situé dans un autre bâtiment ; qu'au surplus, le silence opposé par la chambre de recours à la demande du requérant de se voir communiquer l'identité des membres de la chambre de recours et les liens qu'ils ont avec les organismes assureurs l'a empêché de déposer les requêtes en récusation avant le commencement de l'audience du 7 décembre 2010 ; qu'il ne peut donc pas lui être reproché d'avoir déposé cette requête dès qu'il a pris connaissance de l'identité de ces médecins ;

Considérant que la Cour de cassation a, dans son arrêt du 8 juillet 2008, jugé ce qui suit :

- “ 1. Par arrêt rendu le 2 juin 2008, en la cause C.08.0215.N, la Cour a rejeté une première demande en récusation formée par le demandeur contre le conseiller social R. en raison d'une apparence de partialité. À présent, le demandeur forme une nouvelle demande en récusation contre le même conseiller, fondée sur des moyens déclarés irrecevables lors de sa première demande, en joignant des pièces à l'appui de ces moyens.
2. En outre, le demandeur invite subsidiairement la Cour à poser à la Cour constitutionnelle une question préjudicielle relative à l'article 81 du Code judiciaire concernant la composition du tribunal du travail, lu en combinaison avec l'article 201 de ce code relatif à la proposition des conseillers sociaux par les organisations représentatives d'employeurs, de travailleurs salariés et de travailleurs indépendants.
3. Conformément à l'article 833 du Code judiciaire, celui qui veut récuser doit le faire avant le commencement de la plaidoirie, à moins que les causes de la récusation ne soient survenues postérieurement et, si la cause est introduite par requête, avant que la requête ait été appointée. D'autre part, l'article 842 du code précité dispose que le jugement ou l'arrêt qui a rejeté une demande en récusation d'un juge ne fait pas obstacle à l'introduction d'une nouvelle demande pour cause de faits survenus depuis la prononciation.
4. Les articles 833 et 842 impliquent nécessairement que toutes les causes de récusation existant à un certain moment et connues à ce moment par le demandeur en récusation, doivent être présentées simultanément ; une seconde demande en récusation est irrecevable lorsqu'elle est fondée sur des faits déjà connus lors de la première récusation.
5. L'objet de la nouvelle demande en récusation reste la qualité dudit conseiller social R. Les moyens invoqués ne sont pas nouveaux au sens de l'article 842. La demande de récusation est irrecevable” ;

qu'à suivre cet arrêt, il conviendrait de déclarer irrecevables les requêtes du requérant dès lors que l'objet de celles-ci est la récusation des docteurs C. et R. en qualité de membres de la chambre de recours ; que toutefois, bien que l'objet des requêtes soit identique à celui de la requête sur laquelle le Conseil d'État s'est prononcé dans son arrêt n° 209.282 à la différence que l'identité des membres est ici précisée, le requérant se fonde sur un fait dont il n'y a pas lieu de croire qu'il en avait connaissance au moment de l'introduction de la requête en récusation précédente, à savoir leur qualité de médecins-conseils ; qu'en effet, il est vraisemblable que s'il en avait eu connaissance au moment de l'introduction de la première requête en récusation, il l'aurait invoqué dans cette première requête ; que certes l'article 842 du Code judiciaire fait état de “faits survenus depuis la prononciation”, ce qui paraît exclure les faits préexistants mais inconnus du requérant ; que, toutefois, admettre une telle interprétation de l'article 842 du Code judiciaire ferait perdre une partie de son utilité au principe qu'il fixe, dès lors que c'est moins la survenance d'un fait que sa connaissance par une partie qui justifie que celle-ci considère qu'un juge doit être récusé ; qu'il y a donc lieu de considérer que l'article 842 permet l'introduction d'une nouvelle requête en récusation sur la base de faits dont le requérant n'avait pas connaissance au moment de l'introduction de la première requête ;

Considérant qu'aucune disposition de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, n'impose que les membres de la chambre de recours soient médecins-conseils ; que dès lors, s'il devait être considéré que cette qualité constitue un motif de récusation pour cause de suspicion légitime, il serait possible de désigner des membres qui n'ont pas cette qualité pour siéger ; que la requête est recevable ;

Considérant que le requérant expose qu'en vertu de l'article 145, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée, la chambre de recours est notamment composée de deux médecins nommés par le Roi sur présentation des organismes assureurs ; que l'arrêté royal du 18 mai 2008, nommant les membres des chambres de recours, précise que certains membres sont nommés "au titre de représentants des organismes assureurs" ; que le docteur C. est médecin-conseil des mutualités socialistes tandis que le docteur R. est médecin-conseil de la mutualité libre et qu'ils sont donc liés tant aux organismes assureurs qu'à la partie adverse ; que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, qui est l'adversaire du requérant dans la cause dans laquelle ces médecins doivent statuer, se voit imposer certaines missions par l'article 139 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et est dirigé par un comité conformément à son article 140 ; que la récusation pour cause de suspicion légitime tend à empêcher qu'une affaire soit jugée par un juge ne présentant pas les garanties d'impartialité requises ; que l'existence d'un doute légitime suffit ; que les membres dont la récusation est demandée sont liés au Service d'évaluation et de contrôle médicaux ; qu'il résulte de l'article 154 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 que les médecins-conseils dépendent structurellement de ce service, qui les agrée dans cette fonction, et peut retirer cet agrément ; qu'il résulte des articles 153 et 155 que les médecins-conseils dépendent fonctionnellement de ce service puisqu'ils ont légalement pour mission "de contrôler les prestations de soins de santé, conformément aux dispositions de la présente loi", que "Dans l'accomplissement de leur mission, les médecins-conseils des assureurs sont tenus d'observer les directives du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et de respecter la liberté thérapeutique des dispensateurs de soins" et que le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux peut infliger des sanctions disciplinaires aux médecins-conseils qui ne se conforment pas aux règles d'assurance, voire les suspendre préventivement ; que les membres dont la récusation est demandée sont liés aux organismes assureurs ; qu'ils en sont les employés conformément à l'article 154 de la loi, alors qu'il a été jugé que "les juges sociaux sont notamment tenus de se récuser s'ils exercent une fonction dans les liens d'un contrat de travail au sein d'une organisation syndicale à la cause (C. jud., art. 829) ou s'ils ont un intérêt direct à la solution du litige (C. jud., art. 828, 1<sup>o</sup>)" ; que ces médecins siègent en tant que représentants des organismes assureurs ainsi que le mentionne expressément l'arrêté royal du 18 mai 2008 portant nomination des président et membres de la chambre de recours ; que les organismes assureurs ont un intérêt personnel à la contestation puisqu'ils sont créanciers de l'INAMI, qu'ils siègent au sein de plusieurs de ses organes et ont droit à 25 % du montant qui leur a été réservé mais n'aurait pas été dépensé ; que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux est dirigé par un comité composé de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations représentatives des dispensateurs de soins ; qu'il a été jugé qu'il est interdit de siéger lorsqu'il existe une trop grande proximité ou un lien de dépendance avec l'une des parties ; que la Cour européenne des droits de l'homme a décidé que ne peut être impartial "un juge ayant des liens professionnels avec une des parties" (arrêt *Pescador c./Espagne*, 24.09.2003, série A, n° 29) ; que de représentants des organismes assureurs siègent dans les organes de gestion de l'INAMI, qui les présente comme ses partenaires ; que la nomination des membres dont la récusation est demandée n'est pas valable dès lors qu'elle mentionne qu'ils sont nommés comme "représentants des organismes assureurs" mais que le Conseil d'État a jugé, par son arrêt du 29 novembre 2010, qu'ils siègent bien à titre personnel ; qu'il convient de poser à la Cour constitutionnelle une question préjudicielle sur la conformité de la loi à la Convention européenne des droits de l'homme ; que l'arrêt de la Cour de cassation du 2 juin 2008 ne convainc pas dès lors que nul ne soutient que l'employé d'une partie, siègeât-il en son nom propre, ne doit pas se récuser et que les travaux préparatoires de la loi qualifient ces membres de représentants des organismes assureurs ; que la Cour de cassation a jugé que "la suspicion légitime peut se déduire d'un ensemble de circonstances, d'où il apparaît que, par son attitude vis-à-vis d'une des parties ou de l'avocat qui la représente ou qui l'assiste, le juge a mis ou met en danger la sérénité de l'examen de la cause"; qu'après l'introduction de la première requête en récusation, les membres dont la récusation est demandée ne pouvaient ignorer qu'il existe une cause de récusation dans leur chef;

qu'il leur incombait de dévoiler leurs fonctions réelles au sein des organismes assureurs et leurs liens personnels avec le SECM; que le silence du juge sur sa situation réelle vis-à-vis d'une partie équivaut à un parti pris ; et qu'il convient de poser la question préjudicielle suivante à la Cour constitutionnelle "L'article 145, § 1<sup>er</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 qui prévoit dans la composition de la Chambre de recours la présence de représentants des organismes assureurs employés de ceux-ci et siégeant à ce titre et non à titre personnel lesquels ont un intérêt direct à la cause dont la Chambre de recours est saisie, qui sont [...] potentiellement créanciers [de l'une des parties] et qui touchent un pourcentage de l'éventuel excédent budgétaire de l'INAMI viole-t-il les articles 151, § 3, 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 6, § 1<sup>er</sup>, de la Convention européenne des droits de l'homme en tant qu'il prive, de manière disproportionnée et sans justification raisonnable, les médecins du droit à un juge indépendant et impartial, alors [que] ce droit est garanti aux justiciables des juridictions de l'ordre judiciaire.";

Considérant que la partie adverse répond que tant le Conseil d'État que la Cour constitutionnelle ont jugé que la procédure mise en place par le législateur pour ce type de contentieux ne porte pas atteinte au principe d'indépendance et d'impartialité, sauf s'il apparaît que les représentants des organismes assureurs ont fait montre d'animosité à l'égard du praticien ou s'ils ont pris publiquement fait et cause contre la personne poursuivie ; que des confrères du praticien sont également présents dans la juridiction ; que la Cour de cassation a jugé, dans son arrêt du 2 juin 2008, qu'un conseiller social ne peut pas être considéré comme le représentant d'une des organisations syndicales autorisées à présenter des candidats à la nomination de conseillers sociaux ; que les organismes assureurs n'ont pas d'intérêt direct à la cause ; que rien ne démontre que ce sont les organismes assureurs qui ont payé les prestations qui participeraient au délibéré ; que le remboursement des prestations indues ne bénéficie pas in fine aux organismes assureurs ; que le remboursement prévu par l'article 164, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ne constitue qu'un remboursement d'indu, remplaçant les parties dans la situation qui eut été la leur dans l'ordre juridique légal et réglementaire ; qu'une telle situation n'est pas constitutive d'un intérêt dans le chef de l'organisme assureur, qui n'est même pas libre d'y renoncer ; que l'article 164 s'applique, par ailleurs, sous réserve des articles 142, § 1<sup>er</sup> et 146 de la loi (art. 141, §§ 2 et 6, et 146 anciens) ; que l'article 146, § 2, dispose que "[Le SECM] invite [les personnes et établissements autorisés à dispenser des prestations de santé] à restituer volontairement la valeur des prestations qui leur ont été payées indûment. Les remboursements ainsi obtenus sont versés au compte de l'Institut et sont comptabilisés comme recettes de l'assurance soins de santé ; que le remboursement ne fait pas obstacle à l'application de l'article 142, § 1<sup>er</sup>" ; que l'article 191 de la même loi coordonnée énonce que "Les ressources de l'assurance sont constituées par [...] 17<sup>o</sup>. Le produit des amendes administratives ou remboursements visés aux articles 142 et 143 et des remboursements volontaires visés à l'article 146" ; que, lors des discussions de l'article 164 de la loi, il a été déclaré que :

" Dans l'état actuel des textes, quatre procédures de récupération des prestations de santé indûment payées sont mises en œuvre. [...]

Le troisième procédé concerne les prestations dont le caractère indu est constaté par le Service du contrôle administratif ou par les organismes assureurs eux-mêmes. Elles sont récupérées par application de l'article 164 de la loi coordonnée et un recours est également ouvert devant le tribunal du travail.

Enfin, un dernier processus s'applique lorsqu'un médecin, par exemple, prescrit, exécute ou fait exécuter des soins superflus ou inutilement onéreux. La Commission de contrôle compétente en la matière le condamnera à les rembourser en tout ou en partie. Cette décision est exécutoire d'office. Les sommes récupérées sont versées au compte de l'Institut et comptabilisées comme recettes de l'assurance. En cas de défaillance du débiteur, le dossier est transmis à l'administration des Domaines." (Doc. Parl., Ch. des représ., S.O. 1999/2000, n° 0297/001, pp. 25-26);

que la procédure à laquelle est confronté le requérant n'est pas celle de l'article 164 de la loi coordonnée ; que la procédure actuelle aboutira à la récupération d'un indu au profit de l'INAMI et non au profit des organismes assureurs ; qu'il est erroné de soutenir que les organismes assureurs ont un intérêt direct ou indirect à la cause et que la présence de leurs représentants met à mal l'impartialité et l'indépendance de la chambre de recours ; que la thèse du requérant est partisane ; qu'en contrepartie de la présence de représentants des organismes assureurs, les praticiens disposent de représentants en nombre égal, de sorte qu'il n'y a aucune unilatéralité du risque ; que l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme du 30 octobre 1991 condamnant la participation du ministère public près la Cour de cassation au délibéré de celle-ci n'est pas applicable à l'espèce, dès lors que les représentants des organismes assureurs et des praticiens ne donnent pas de réquisition avant que la chambre de recours délibère ; que la composition et le fonctionnement des chambres de première instance et de la chambre de recours s'inscrivent dans le fonctionnement général de l'INAMI ; que l'assurance soins de santé est administrée par le Service des soins de santé, géré par un Conseil général composé de représentants de l'État, de représentants des organisations patronales et syndicales et de représentants des organismes assureurs et des dispensateurs de soins ; que ces différents groupes se retrouvent tant dans les juridictions du travail que dans les chambres de première instance et de recours ; qu'il se déduit de l'arrêt de la Cour de cassation du 2 juin 2008 que les membres présentés par les organismes assureurs siègent à titre personnel et non comme représentants de ces organismes ; que ces membres ne peuvent être révoqués que par le Roi et non par les organismes qui les ont présentés ; que l'article 145, § 2, de la loi coordonnée précise que le mandat de membre d'une chambre est incompatible avec celui de membre du SECM ; que la décision de récupérer l'indu est prise par le fonctionnaire dirigeant du SECM, et non par son comité, au sein duquel sont représentés les organismes assureurs et les organisations représentatives du corps médical ; que c'est le fonctionnaire dirigeant qui décide de saisir la chambre de première instance ou d'introduire un recours devant la chambre de recours ; que le comité n'a aucun pouvoir d'injonction sur le déroulement de la procédure ; que, quant au grief tiré du respect des droits de la défense, il n'existe pas de droit au dernier mot en droit belge ; que le SECM ne participe pas au délibéré, qui n'entretient d'ailleurs aucun lien structurel avec les organismes assureurs ; que, pour compenser la présence de deux membres nommés sur présentation des organismes assureurs, le législateur a prévu la présence de deux membres nommés sur présentation des organisations professionnelles ; qu'il n'y a pas lieu de poser à la Cour constitutionnelle la question préjudicielle proposée par le requérant ; que cette question repose sur le postulat que les médecins poursuivis devant les chambres de première instance et de recours sont privés des garanties juridictionnelles d'indépendance, d'impartialité et d'équité ; que, toutefois, les organismes assureurs n'ont pas d'intérêt direct à la cause ; que la Cour constitutionnelle a jugé, dans son arrêt n° 133/2001 du 30 octobre 2001 que "Le simple fait que des non-magistrats siègent dans un organe juridictionnel en raison de leur compétence ne porte pas, en lui-même, atteinte à l'indépendance et à l'impartialité de cet organe" ; que le postulat n'étant pas fondé, il n'y a pas lieu de poser la question préjudicielle ; que les organismes assureurs ne sont pas partie au litige pendant devant la chambre de recours ; que le médecin-conseil n'a pas de contrat de travail avec le SECM ; que le médecin-conseil a un statut hybride, dont l'indépendance est protégée par le législateur ; que le contrôle des prestations de santé exercé par le médecin-conseil est limité et primaire, ne vise qu'un nombre limité de prestations ; que le Conseil d'État a jugé, dans son arrêt n° 32.679 du 1<sup>er</sup> juin 1989, qu'" il découle de l'article 19, alinéa 2 de l'arrêté royal n° 35 du 20 juillet 1967 que le médecin-conseil apprécie uniquement si la prestation pour laquelle le remboursement de l'assurance maladie est demandé, est justifié ; il ne doit pas vérifier si le médecin a respecté toutes les prescriptions légales requises pour que les prestations qu'il a effectuées soient remboursées ; que l'autorisation délivrée par le médecin-conseil n'implique aucune appréciation à propos de la question de savoir si le médecin concerné a fourni les prestations dans les conditions prévues et ne signifie pas que le traitement donne droit au remboursement" ; que le médecin-conseil n'a ni les moyens ni les pouvoirs d'enquête réservés aux inspecteurs du SECM ; que les directives du SECM que les médecins-conseils doivent respecter sont des instructions générales et non des instructions données dans un dossier particulier ; que les directives émanent en outre du Comité du SECM et non du SECM ; qu'il convient de distinguer le SECM de son Comité ;

qu'en l'espèce, seul le SECM représenté par son fonctionnaire dirigeant est partie au litige; que le comité est un organe de gestion composé paritairement ; que c'est le comité du SECM qui statue sur l'agrément des médecins-conseils, et non le SECM; qu'il résulte clairement de l'article 139, alinéa 2, 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 que le SECM est indépendant de son comité pour ce qui concerne les procédures devant les chambres de première instance et de recours ; que le comité n'a aucun pouvoir d'injonction sur le fonctionnaire dirigeant du SECM ; et que les réformes apportées en décembre 2006 ont eu pour objectif d'établir "une nouvelle répartition des compétences", "les organisations professionnelles souhaitaient que les rôles du service et du comité soient nettement distincts" et "ils ne souhaitent plus être systématiquement associés au processus de sanction" (Doc. Parl., Ch. des représ., s.o. 2005-2006, n° 2594/001, p. 45) ;

Considérant que c'est la qualité de médecins-conseils des docteurs C. et R. qui constitue le fait nouveau justifiant la recevabilité de la requête ; que le requérant invoque la suspicion légitime, visée à l'article 828, 1<sup>o</sup>, du Code judiciaire, comme cause de récusation des docteurs C. et R. ; que selon la Cour de cassation "La suspicion légitime suppose que le juge ne soit pas en mesure de statuer en la cause d'une manière indépendante et impartiale ou suscite dans l'opinion générale un doute légitime quant à son aptitude à juger de cette manière" ; que cette cause de récusation vise à garantir l'impartialité et l'indépendance garanties par l'article 6, § 1<sup>er</sup>, de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, de sorte que la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme est déterminante pour examiner le bien-fondé de la demande du requérant ; que la Cour européenne des droits de l'homme a, dans son arrêt du 15 octobre 2009, MICALLEF c./MALTE, jugé ce qui suit :

" 93. L'impartialité se définit d'ordinaire par l'absence de préjugé ou de parti pris et peut s'apprécier de diverses manières. Selon la jurisprudence constante de la Cour, aux fins de l'article 6, § 1<sup>er</sup>, l'impartialité doit s'apprécier selon une démarche subjective, en tenant compte de la conviction personnelle et du comportement de tel juge, c'est-à-dire du point de savoir si celui-ci a fait preuve de parti pris ou préjugé personnel dans tel cas, et aussi selon une démarche objective consistant à déterminer si le tribunal offrait, notamment à travers sa composition, des garanties suffisantes pour exclure tout doute légitime quant à son impartialité (voir, e.a., Fey c./Autriche, 24.02.1993, §§ 27, 28 et 30, série A, n° 255-A, et Wettstein c./Suisse, n° 33958/96, § 42, CEDH 2000-XII).

94. Pour ce qui est de la démarche subjective, le principe selon lequel un tribunal doit être présumé exempt de préjugé ou de partialité est depuis longtemps établi dans la jurisprudence de la Cour (voir, par ex., Kyprianou c./Chypre [GC], n° 73797/01, § 119, CEDH 2005-XIII). La Cour a dit que l'impartialité personnelle d'un magistrat se présume jusqu'à preuve du contraire (Wettstein, précité, § 43). Quant au type de preuve exigé, la Cour s'est par exemple efforcée de vérifier si un juge avait témoigné d'hostilité ou de malveillance pour des raisons personnelles (De Cubber c./Belgique, 26.10.1984, § 25, série A, n° 86).

95. Dans la très grande majorité des affaires soulevant des questions relatives à l'impartialité, la Cour a eu recours à la démarche objective. La frontière entre l'impartialité subjective et l'impartialité objective n'est cependant pas hermétique car non seulement la conduite même d'un juge peut, du point de vue d'un observateur extérieur, entraîner des doutes objectivement justifiés quant à son impartialité (démarche objective) mais elle peut également toucher à la question de sa conviction personnelle (démarche subjective) (Kyprianou, précité, § 119). Ainsi, dans des cas où il peut être difficile de fournir des preuves permettant de réfuter la présomption d'impartialité subjective du juge, la condition d'impartialité objective fournit une garantie importante de plus (Pullar c./Royaume-Uni, 10.06.1996, § 32, Recueil 1996-III).

96. Pour ce qui est de l'appréciation objective, elle consiste à se demander si, indépendamment de la conduite personnelle du juge, certains faits vérifiables autorisent à suspecter l'impartialité de ce dernier. Il en résulte que, pour se prononcer sur l'existence, dans une affaire donnée, d'une raison légitime de redouter d'un juge ou d'une juridiction collégiale un défaut d'impartialité, l'optique de la personne concernée entre en ligne de compte mais ne joue pas un rôle décisif. L'élément déterminant consiste à savoir si l'on peut considérer les appréhensions de l'intéressé comme objectivement justifiées (Wettstein, précité, § 44, et Ferrantelli et Santangelo c./Italie, 07.08.1996, § 58, Recueil 1996-III).

97. L'appréciation objective porte essentiellement sur les liens hiérarchiques ou autres entre le juge et d'autres acteurs de la procédure (voir les affaires de cours martiales, par ex. Miller et autres c./Royaume-Uni, nos 45825/99, 45826/99 et 45827/99, 26.10.2004 ; voir aussi les affaires ayant trait à la double fonction du juge, par ex. Mežnaric c./Croatie, n° 71615/01, § 36, 15.07.2005, et Wettstein, précité, § 47, où l'avocat qui avait représenté les adversaires du requérant a ensuite jugé l'intéressé dans le cadre respectivement d'une même procédure et de procédures concomitantes) ; pareille situation justifiait objectivement des doutes quant à l'impartialité du tribunal et ne satisfaisait donc pas à la norme de la Convention en matière d'impartialité objective (Kyprianou, précité, § 121). Il faut en conséquence décider dans chaque cas d'espèce si la nature et le degré du lien en question sont tels qu'ils dénotent un manque d'impartialité de la part du tribunal (Pullar, précité, § 38).

98. En la matière, même les apparences peuvent revêtir de l'importance ou, comme le dit un adage anglais "justice must not only be done, it must also be seen to be done" (il faut non seulement que justice soit faite, mais aussi qu'elle le soit au vu et au su de tous) (De Cubber, précité, § 26). Il y va de la confiance que les tribunaux d'une société démocratique se doivent d'inspirer aux justiciables. Doit donc se déporter tout juge dont on peut légitimement craindre un manque d'impartialité (Castillo Algar c./Espagne, 28.10.1998, § 45, Recueil 1998-VIII).

99. Pour que les tribunaux inspirent au public la confiance indispensable, il faut de surcroît tenir compte de considérations de caractère organique (Piersack c./Belgique, 01.10.1982, § 30, d), série A, n° 53). L'existence de procédures nationales destinées à garantir l'impartialité, à savoir des règles en matière de déport des juges, est un facteur pertinent. De telles règles expriment le souci du législateur national de supprimer tout doute raisonnable quant à l'impartialité du juge ou de la juridiction concernée et constituent une tentative d'assurer l'impartialité en éliminant la cause de préoccupations en la matière. En plus de garantir l'absence de véritable parti pris, elles visent à supprimer toute apparence de partialité et renforcent ainsi la confiance que les tribunaux d'une société démocratique se doivent d'inspirer au public (Mežnaric, précité, § 27). La Cour prendra ces règles en compte pour apprécier si le tribunal a été impartial et, notamment, si les craintes du requérant peuvent passer pour objectivement justifiées (voir, mutatis mutandis, Pescador Valero c./Espagne, n° 62435/00, §§ 24-29, CEDH 2003-VII)."

que par ailleurs dans l'arrêt du 24 septembre 2003 PESCADOR VALERO c./Espagne la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que le principe de l'impartialité objective est violé si un juge a des rapports professionnels réguliers et étroits avec une partie, et au surplus perçoit une rémunération non négligeable de ce fait ;



Considérant que le requérant invoque, dans un premier temps, les liens existant entre les médecins-conseils et les organismes assureurs ; qu'en leur qualité de médecins-conseils, les docteurs C. et R. sont engagés dans les liens d'un contrat de travail avec les organismes assureurs qui les emploient ; que la loi garantit une certaine forme d'inamovibilité à ces désignations ; que cependant ces médecins étant liés par un contrat de travail avec un organisme assureur justifie conformément à l'arrêt de la Cour européenne du 24 septembre 2003 précité, qu'il faille les récuser dans le cadre d'un litige auquel leur employeur est partie ; que toutefois, les organismes assureurs qui emploient les docteurs C. et R. ne sont pas parties au litige porté devant la chambre de recours ; qu'en effet, d'une part, ce litige se meut entre le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et le requérant ; que d'autre part, les organismes assureurs qui les emploient ne sont pas directement intéressés au litige porté devant la chambre de recours ; qu'il ressort, en effet, du libellé de l'article 146, § 2, alinéa 2, in fine, et de l'article 164, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 que ces dispositions s'appliquent sans préjudice du régime prévu par son article 142, § 1<sup>er</sup>, à savoir celui de la poursuite par le SECM et le jugement par les chambres juridictionnelles, qui est celui dans lequel se meut le litige opposant le requérant et la partie adverse devant la chambre de recours ; que l'article 142 de la loi coordonnée ne prévoit pas que le remboursement est effectué au profit des organismes assureurs ; qu'au contraire, l'article 191 de cette loi prévoit que le produit des amendes administratives ou remboursements visés aux articles 142 et 143 de la loi et des remboursements volontaires visés à l'article 146 constituent des ressources de l'assurance, mais non des ressources des organismes assureurs ; que la circonstance que les organismes assureurs voient une partie de leur financement varier en fonction d'un éventuel surplus budgétaire ne constitue raisonnablement qu'un élément trop indirect pour pouvoir justifier que les organismes assureurs auraient un intérêt direct à la cause au terme de laquelle un dispensateur de soins pourrait être amené à être condamné à rembourser des prestations indûment attestées ; que dans l'exercice de leur fonction juridictionnelle, les médecins en cause ne peuvent être considérés comme étant les représentants d'un organisme assureur ; que l'argument, en tant qu'il est pris des liens existant entre les docteurs C. et R. avec les organismes assureurs qui les emploient du fait de leur qualité de médecins-conseils, ne peut donc être retenu ;

Considérant que le requérant invoque, dans un second temps, les liens existant entre les médecins-conseils et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ; qu'en vertu de l'article 153, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, de la loi coordonnée, les médecins-conseils sont tenus, dans le cadre de l'exercice de leur mission, d'observer les directives du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ; que les articles 154, alinéa 2, et 155 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 confèrent au comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux le pouvoir, d'une part, d'agréer les médecins-conseils proposés par les organismes assureurs et d'autre part, de sanctionner disciplinairement les médecins-conseils qui ne se conforment pas aux règles d'assurance ou aux directives du comité ; qu'il s'ensuit qu'une apparence de subordination existe entre les médecins-conseils et le comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ; que toutefois, dans le cadre de l'exercice des pouvoirs que lui confèrent les articles 154, alinéa 2, et 155, le comité est soumis à un contrôle juridictionnel des motifs de sa décision, et il paraît évident qu'eu égard à la fonction juridictionnelle qu'ils exercent en tant que membres de la chambre de recours - précisément appelée à trancher la validité des poursuites diligentées par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux - ceux de ses membres qui seraient également médecins-conseils ne pourraient en aucun cas être sanctionnés en raison des opinions émises dans le cadre de cette fonction juridictionnelle ; qu'une sanction reposant sur un tel motif reposerait sur un motif inadmissible qui justifierait son annulation ; que par ailleurs, ainsi qu'il ressort des articles 139, alinéa 2, 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup>, 146bis, § 1<sup>er</sup>, alinéas 10 et 11, et § 2, alinéas 5 et 6, de la loi coordonnée, le législateur a entendu distinguer, pour ce qui concerne l'exercice des poursuites, le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux du fonctionnaire dirigeant dudit service ; que le système mis en place par le législateur garantit donc que les médecins-conseils ne pourraient pas être sanctionnés pour les opinions émises dans le cadre de leur participation au délibéré de la chambre de recours et, au surplus, que les poursuites sont diligentées par un organe ne disposant d'aucun pouvoir d'aucune sorte à l'égard des médecins-conseils, et garantit donc l'indépendance de ces derniers ; qu'il s'ensuit que cet argument ne peut non plus être retenu et que la requête est rejetée,

...

### III. Conseil d'État, arrêt n° 211.893 du 10 mars 2011

Loi du 14 juillet 1994, article 56ter  
Montants de référence - Décision de l'INAMI - Recours administratif Comité  
de l'assurance - Irrecevabilité du recours

*Le recours en annulation introduit devant le Conseil d'État contre une décision de l'INAMI dans le cadre de l'application du système des montants de référence n'est pas recevable. Lorsqu'un recours administratif organisé est ouvert contre une décision, seule la décision prise en dernier ressort est susceptible d'un recours en annulation devant le Conseil d'État.*

Hôpital G. c./INAMI

...

5. Artikel 56ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt dat het ziekenhuis, op straffe van onontvankelijkheid, vanaf de datum waarop de resultaten in verband met de berekening van de terug te storten bedragen zijn meegedeeld, over dertig kalenderdagen beschikt om de elementen van die berekening bij het Verzekeringscomité te betwisten.

Uit het verzoekschrift blijkt dat dit georganiseerd administratief beroep door de verzoekende partij op 19 oktober 2009 werd ingesteld.

Wanneer tegen een administratieve beslissing een georganiseerd administratief beroep openstaat, is alleen de in laatste aanleg genomen beslissing vatbaar voor een beroep tot nietigverklaring bij de Raad van State.

De exceptie is gegrond en het beroep is niet ontvankelijk.

...

### IV. Cour constitutionnelle, arrêt n° 51/2011 du 6 avril 2011

Code civil, article 2277bis  
Loi du 14 juillet 1994, article 174  
Établissements de soins - Action menée à l'encontre d'un patient -  
Prescription - Interruption - Pas de différence de traitement - Action  
organismes assureurs

*L'action en justice des établissements de soins pour les prestations qu'ils ont fournies se prescrit vis-à-vis du patient par 2 ans, sans que l'établissement de soins ne puisse interrompre cette prescription par l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure.*

*En ne prévoyant pas les mêmes causes d'interruption que celles prévues à l'article 174 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (une lettre recommandée à la poste), mais uniquement une interruption par une citation en justice, un ordre de paiement ou une saisie, le législateur a voulu protéger le patient contre le dysfonctionnement d'une administration hospitalière.*

*La différence de traitement est donc pertinente compte tenu de l'objectif poursuivi, des intérêts du patient, et ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution.*

(n° du rôle : 4920)

...

B.1. L'article 2277*bis* du Code civil dispose :

“ L'action des prestataires de soins pour les prestations, biens et services médicaux qu'ils ont fournis, y compris l'action pour frais supplémentaires, se prescrit vis-à-vis du patient par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ils ont été fournis.

Il en va de même en ce qui concerne les prestations, services et biens médicaux et les frais supplémentaires qui ont été fournis ou facturés par l'établissement de soins ou par des tiers ”.

B.2.1. Le juge *a quo* interroge la Cour sur la compatibilité de cette disposition avec les articles du titre II de la Constitution, spécialement les articles 10 et 11, en ce qu'elle ne permet pas à l'hôpital d'interrompre la prescription de deux ans par l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, alors que ce droit est reconnu au patient dans ses rapports avec la mutuelle.

B.2.2. Les termes de la question et les motifs de la décision de renvoi ne précisent pas de quelle manière d'autres articles du titre II de la Constitution que les articles 10 et 11 pourraient être violés par l'article 2277*bis* du Code civil; la question préjudicielle n'est donc recevable que dans la mesure où elle vise une violation des articles 10 et 11 de la Constitution.

B.3.1. Il ressort des termes de la question préjudicielle et des motifs de la décision de renvoi que le juge *a quo* interroge la Cour sur la compatibilité avec les articles 10 et 11 de la Constitution de l'article 2277*bis* du Code civil en ce qu'il crée une différence de traitement entre, d'une part, les hôpitaux dont l'action pour les prestations, services et biens médicaux et les frais supplémentaires fournis ou facturés, en tant qu'établissements de soins, se prescrit vis-à-vis du patient par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ils ont été fournis, sans que l'établissement de soins ne puisse interrompre cette prescription par l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure et, d'autre part, les patients qui se sont vu reconnaître ce droit d'interrompre la prescription dans leurs rapports avec leur mutuelle.

Le juge *a quo* compare en réalité le régime juridique de l'action des prestataires de soins et des établissements de soins prévu par l'article 2277*bis* du Code civil et le régime juridique de l'action relative au paiement des prestations de santé prévu par l'article 174 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

B.3.2. L'article 174 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dispose :

“1° L'action en paiement de prestations de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois auquel se rapportent ces indemnités ;

2° L'action de celui qui a bénéficié de prestations de l'assurance indemnités en vue du paiement des sommes qui porteraient ces prestations à un montant supérieur, se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel les prestations ont été payées ;

3° L'action relative au paiement des prestations de santé se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis, que ces prestations aient été payées ou non selon le régime du tiers payant ;

4° L'action relative au paiement de sommes qui porteraient à un montant supérieur le paiement des prestations de santé qui a été accordé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ce paiement a été effectué ;

5° L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué ;

6° L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées ;

7° Après un délai de deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel une prestation a été indûment payée par un organisme assureur, cette prestation ne doit pas être inscrite dans le compte spécial visé à l'article 164 ;

8° Les infractions visées à l'article 166 se prescrivent par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel elles ont été commises ;

9° L'action en remboursement des cotisations personnelles fondées sur les mesures d'exécution prévues par les articles 123 et 125, payées indûment, se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois auquel elles se rapportent ;

10° Pour l'application de l'article 142, § 1<sup>er</sup>, les constatations doivent, à peine de nullité, intervenir dans les deux ans :

- a) à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs;
- b) à compter du jour où les constatations communiquées par les commissions de profils ou par le Collège national des médecins-conseils sont reçues par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Il ne peut être renoncé au bénéfice des prescriptions prévues aux 1°, 2°, 3° et 4°.

Les prescriptions prévues aux 5°, 6° et 7° sont fixées à un an, en cas de paiement indu résultant d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle de l'organisme assureur et lorsque l'assuré erronément crédité ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'il n'avait pas ou plus droit, en tout ou en partie, à la prestation versée.

Les prescriptions prévues aux 5°, 6° et 7° ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait été provoqué par des manoeuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de 5 ans. Pour les faits soumis au fonctionnaire dirigeant visé à l'article 143 et aux Chambres de première instance et aux Chambres de recours visées à l'article 144, la prescription prévue au 6° court à partir de la date où intervient une décision définitive "du Comité ou de la Chambre de recours" sont remplacés par les mots "du fonctionnaire dirigeant, de la Chambre de première instance ou de la Chambre de recours".

Pour interrompre une prescription prévue au présent article, une lettre recommandée à la poste suffit. L'interruption peut être renouvelée.

Les prescriptions visées aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> sont suspendues pour cause de force majeure.

Le Roi détermine selon quelles modalités et dans quelles conditions la force majeure peut être invoquée ”.

B.4. Selon le Conseil des ministres, la question posée serait irrecevable car elle porterait sur l'absence d'une cause d'interruption particulière de la prescription dans le régime de l'article 2277*bis* du Code civil, cause prévue par l'article 174 précité.

B.5.1. L'article 2277*bis* a été introduit dans le Code civil par l'article 64 de la loi du 6 août 1993 portant des dispositions sociales et diverses. Cette insertion avait pour but, d'une part, de remédier à la situation précaire du patient quant aux délais de prescription des actions relatives aux soins de santé et, d'autre part, de rétablir la sécurité juridique qui était menacée par le fait que, dans les divers secteurs des soins de santé, on appliquait différents délais de prescription, dont le champ d'application n'avait pas été interprété de manière uniforme par les juges compétents (Doc. parl., Ch., 1992-1993, n<sup>o</sup> 1040/3, p. 3).

B.5.2. Dans un arrêt du 21 janvier 1993 (*Pas.* 1993, I, 81), la Cour de cassation avait jugé que l'article 2272, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code civil de l'époque prévoyant un délai de prescription d'un an pour les actions des médecins - délai fondé sur la présomption de paiement - n'était pas applicable aux factures des médecins perçues par les hôpitaux, de sorte que c'était le délai de prescription de droit commun, qui était à l'époque de 30 ans, qui s'appliquait à ces dernières actions.

Toutefois, l'article 106 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (l'actuel art. 174 de la loi AMI (assurance maladie-invalidité) coordonnée le 14 juillet 1994) soumet l'action du patient contre la mutualité en remboursement de prestations de soins de santé à un délai de prescription de deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été fournies. Etant donné l'administration apparemment défaillante de nombreux hôpitaux qui, à l'expiration de ce délai de prescription, adressaient directement les factures au patient, ce dernier risquait d'être victime des négligences de l'administration hospitalière (*Doc. parl.*, Ch., 1992-1993, n<sup>o</sup> 1040/3, pp. 5-6).

B.5.3. Pour remédier à cet état de choses, la disposition en cause aligne le délai de prescription de l'action des “ prestataires de soins ” contre le patient sur le délai de prescription de l'action du patient contre la mutualité.

B.6. En soumettant l'action des prestataires de soins et des établissements de soins à un délai de prescription de deux ans, le législateur a entendu modifier également le fondement de ce délai qui ne repose plus sur une présomption de paiement, comme c'était le cas du délai de prescription d'un an prévu par l'article 2272, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code civil avant la modification législative. C'est pour cette raison que la nouvelle disposition a été insérée à l'article 2277*bis* du Code civil, après l'article 2277 qui concerne les prescriptions de cinq ans (*Doc. parl.*, Ch., 1992-1993, n<sup>o</sup> 1040/7, p. 6).

B.7. S'il a voulu uniformiser la durée des délais de prescription des actions en matière de prestations de soins dans l'intérêt du patient, le législateur n'a toutefois pas assimilé les régimes juridiques des actions visées par l'article 2277*bis* du Code civil et par l'article 174 de la loi AMI. Il n'a pas aligné les règles relatives à l'interruption de la prescription.

B.8.1. La disposition en cause, située dans la section IV “De quelques prescriptions particulières” du chapitre V “Du temps requis pour prescrire” du Code civil, se limite à instaurer une durée particulière du délai de prescription à l’égard de l’action des “prestataires de soins”; cette disposition n’a pas pour portée de déterminer les causes d’interruption de cette prescription, qui sont prévues par les dispositions générales des articles 2242 à 2250 du Code civil.

A cet égard, la prescription visée par l’article 2277*bis* du Code civil peut être interrompue, conformément à l’article 2244 du Code civil, par une citation en justice, un commandement ou une saisie.

B.8.2. La différence de traitement critiquée, à la supposer établie, quant à la possibilité d’interrompre une prescription par un envoi recommandé, ne trouverait donc pas sa source dans la disposition en cause, mais dans l’absence d’une disposition spécifique prévoyant, dans les articles du Code civil consacrés aux “causes qui interrompent la prescription”, que la prescription prévue par l’article 2277*bis* du Code civil peut être interrompue par une lettre recommandée à la poste, comme le prévoit l’article 174 de la loi AMI.

B.8.3. La Cour doit toutefois examiner si cette absence d’une cause d’interruption spécifique est compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution.

Pour répondre à la question préjudicielle, la Cour doit donc vérifier si les articles 10 et 11 de la Constitution obligent le législateur à prévoir que l’action visée par l’article 2277*bis* du Code civil peut aussi être interrompue par une lettre recommandée à la poste, comme le prévoit l’article 174 de la loi AMI.

B.9. L’action des prestataires de soins contre le patient, visée par le Code civil, et l’action du patient contre l’organisme assureur, prévue par la loi AMI, sont d’une nature différente. La différence de traitement soumise à la Cour se fonde sur un critère qui est pertinent à l’égard du but poursuivi, étant donné que le législateur a voulu protéger le patient contre le mauvais fonctionnement d’une administration hospitalière. C’est également cet intérêt qui justifie l’existence d’une cause d’interruption spécifique à l’article 174 de la loi AMI. Admettre une même cause d’interruption à l’égard de la prescription prévue par l’article 2277*bis* du Code civil, au bénéfice du prestataire de soins ou de l’établissement de soins, irait à l’encontre de l’intérêt du patient qui se verrait privé des garanties accordées à tous les débiteurs d’une créance fondée sur le Code civil.

Pour le surplus, la Cour relève que l’hypothèse envisagée par l’ASBL “G. H. de Charleroi” d’un patient qui soulèverait la prescription visée par l’article 2277*bis* après avoir interrompu la prescription visée par l’article 174 de la loi AMI de manière à obtenir un paiement pour des dépenses dont il est déchargé ne peut se réaliser en raison du système du tiers payant, dans le cadre duquel une interruption de prescription par lettre recommandée est possible, pour ce qui concerne la part couverte par l’AMI, le patient ne pouvant obtenir le paiement ou le remboursement en ce qui concerne la part qu’il doit supporter personnellement. La Cour ne doit dès lors pas prendre en compte cette hypothèse dans son contrôle de constitutionnalité de la loi.

B.10. Il découle de ce qui précède que la différence de traitement est raisonnablement justifiée.

B.11. La question préjudicielle appelle une réponse négative.

...

## V. Cour de Cassation du 14 février 2011

Code judiciaire, article 1138, 2<sup>o</sup>

Principe de l'autonomie des parties - Interdiction de statuer ultra petita -  
Ordre public

*En vertu de l'article 1138, 2<sup>o</sup>, du Code judiciaire, le juge ne peut prononcer sur choses non demandées ou adjuger plus qu'il n'a été demandé.*

*Hors le cas où la loi lui prescrit de statuer d'office, cette disposition interdit au juge d'accorder à une partie une chose qu'elle ne demande pas, la disposition qui en prévoit l'avantage fût-elle d'ordre public.*

*L'arrêt, qui, après avoir constaté que la demande tendant à l'avantage litigieux était limitée à une période de quatre mois ayant pris cours le 12 novembre 2006, lui accorde cet avantage sans limitation dans le temps à partir de cette date, au motif que "la matière est d'ordre public", viole l'article 1138, 2<sup>o</sup>, précité.*

INAMI c./H.J.-C.

R.G. S.10.0115.F

...

### I. Le moyen de cassation

Le demandeur présente un moyen libellé dans les termes suivants :

#### Dispositions légales violées

- article 1138, 2<sup>o</sup>, du Code judiciaire ;
- principe général du droit de l'autonomie des parties.

#### Décisions et motifs critiqués

L'arrêt dit pour droit que le défendeur remplit les conditions d'octroi de la majoration depuis le 12 novembre 2006, puis de l'allocation forfaitaire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, et ce, sans limitation dans le temps.

Cette décision est fondée sur les motifs suivants :

*"[Le défendeur] entend limiter la période de reconnaissance à une période durant laquelle il estime avoir été particulièrement dépendant ;*

*Cependant, la matière est d'ordre public. Si [le défendeur] rentre dans les conditions d'octroi de la majoration, le droit doit lui être reconnu sans limitation dans le temps jusqu'à ce que son cas soit revu. Par contre, si durant une période continue d'au moins trois mois, il rentre dans les conditions d'octroi, il est également en droit d'en bénéficier pour cette seule période même si, postérieurement, les conditions ne sont plus remplies ;*

*Le droit à l'allocation forfaitaire due à la reconnaissance de l'aide d'une tierce personne doit être examiné avec effet à la demande introduite le 12 novembre (et non le 2 novembre : cf dossier [du demandeur]) 2006 et depuis lors."*

## Griefs

1. En vertu du principe général du droit de l'autonomie des parties et de l'article 1138, 2°, du Code judiciaire, il est interdit au juge du fond de se prononcer sur des choses non demandées ou d'adjudger plus qu'il n'a été demandé, et ce, même dans l'hypothèse où la loi qui accorde le droit est d'ordre public.

Il s'ensuit que la circonstance qu'une demande est fondée sur des dispositions d'ordre public ou sur des lois impératives ne permet pas au juge du fond d'allouer à une partie un avantage qui va au-delà de ce que celle-ci avait sollicité.

### 2. L'arrêt constate

- *que le défendeur a écrit au tribunal "pour faire observer que la période visée porte sur celle débutant le 2 novembre 2006 pour prendre fin en mars 2007"*
- *que le défendeur "relève appel au motif que la demande ne porte que sur quatre mois durant lesquels il était plus dépendant", et*
- *que le défendeur "entend limiter la période de reconnaissance à une période durant laquelle il estime avoir été particulièrement dépendant".*

Nonobstant ces constatations, qui démontrent que la demande formulée par le défendeur est limitée dans le temps et ne vise qu'une période de quatre mois, l'arrêt dit pour droit que le défendeur "remplit les conditions d'octroi de la majoration depuis le 12 novembre 2006 puis de l'allocation forfaitaire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007", sans prévoir la moindre limitation dans le temps. À l'appui de sa décision, l'arrêt considère, d'une part, que la matière est d'ordre public et, d'autre part, que, si le défendeur rentre dans les conditions d'octroi de la majoration, "le droit doit lui être reconnu sans limitation dans le temps".

L'arrêt qui, bien qu'il constate que le défendeur a limité sa demande à une période de quatre mois, octroie à celui-ci la majoration sans limitation dans le temps, accorde au défendeur un avantage qui va au-delà de ce que celui-ci avait sollicité et viole par conséquent tant le principe de l'autonomie des parties que l'article 1138, 2°, du Code judiciaire.

## II. La décision de la Cour

En vertu de l'article 1138, 2°, du Code judiciaire, le juge ne peut prononcer sur choses non demandées ou adjudger plus qu'il n'a été demandé.

Hors le cas où la loi lui prescrit de statuer d'office, cette disposition interdit au juge d'accorder à une partie une chose qu'elle ne demande pas, la disposition qui en prévoit l'avantage fût-elle d'ordre public.

L'arrêt, qui, après avoir constaté que la demande du défendeur tendant à l'avantage litigieux était limitée à une période de quatre mois ayant pris cours le 12 novembre 2006, lui accorde cet avantage sans limitation dans le temps à partir de cette date, au motif que "la matière est d'ordre public", viole l'article 1138, 2°, précité.

Dans cette mesure, le moyen est fondé.

...

N.B. : cf. CASS. 9 février 2009, B.I.-INAMI 2009/2, p. 219.



## VI. Cour du travail de Liège, 10 mars 2011

Loi du 14 juillet 1994, article 100

Incapacité de travail - État antérieur - Aggravation des lésions - Groupe de professions

*Pour être reconnu incapable de travailler, la cessation de toute activité doit être la conséquence directe du début ou l'aggravation des lésions ou, en d'autres mots, il faut que le début ou l'aggravation des lésions ait entraîné cette cessation. Il en résulte que lorsque l'aggravation de l'état de santé disparaît, la cessation du travail qui en résultait n'est plus sa conséquence directe et les conditions d'application de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ne sont plus réunies.*

*En l'espèce, les troubles antérieurs dont souffrait l'assuré ne l'avaient pas empêché d'exercer son activité et c'était seulement l'aggravation desdits troubles qui avait justifié sa prise en charge.*

*La situation de l'assuré considérée dans tous ses aspects ne l'empêche pas d'exercer des professions avec charges légères ou moyennes.*

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

R.G. 2004/AL/32750

...

Dans notre arrêt du 8 mars 2007, nous avons retenu que :

L'article 100 de loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 dispose que :

*"Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, 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 ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle."*

Il résulte de ce texte que la cessation de toute activité doit être la conséquence directe du début ou l'aggravation des lésions ou, en d'autres mots, que le début ou l'aggravation des lésions ait entraîné cette cessation.

Le rapport au Roi de l'arrêté royal n° 22 du 23 mars 1982 révèle que, en introduisant ce lien de causalité, le législateur a voulu exclure de l'assurance indemnités des titulaires dont la capacité de gain était déjà diminuée d'une manière importante au début de leur mise au travail et dont l'interruption n'est pas la conséquence de l'aggravation de leur état de santé (M.B. 05.03.1982, p. 331).

Il en résulte que lorsque l'aggravation de l'état de santé disparaît, la cessation du travail qui en résultait n'est plus sa conséquence directe et les conditions d'application de l'article 100 précité ne sont plus réunies (C.T. Liège, 11<sup>e</sup> ch., 08.10.2003, R.G. 3625/03 ; C.T. Liège 24.01.2005, R.G. 31.241/2002).

Lorsque l'interruption de l'activité est bien la conséquence directe d'une aggravation de l'état de santé du travailleur intéressé, c'est l'ensemble des lésions, y compris l'aggravation, qui doit être apprécié pour conclure à la réduction de la capacité de gain exigée par la loi. (C.T. Mons, 19.06.1987, Bull. INAMI, 1998, 51).

D'autre part, si une incapacité de travail a été constatée sur base d'un début ou d'une aggravation d'une lésion, il faut, pour reconnaître à nouveau au travailleur sa capacité de travail, qu'une amélioration de son état de santé soit intervenue (C.T. Liège, 15<sup>e</sup> ch., 09.06.2005, R.G. 32.061/04).

En l'espèce, il y a donc lieu de vérifier si les lésions ou l'aggravation des lésions ayant justifié, en date du 10 février 2000, la prise en charge de l'intimé par l'assurance maladie-invalidité ont, ou a disparu à la date de la fin de l'incapacité de travail décidée par l'appelant, soit le 13 novembre 2001.

Il convient de s'interroger sur les motifs de cette prise en charge afin de pouvoir apprécier, lorsqu'il est à nouveau déclaré apte au travail, si ces motifs ont disparu, ou non : dès lors que l'inaptitude au travail serait due à la tachycardie, il conviendrait de constater une amélioration suffisante de l'état de l'intimé, pour qu'il puisse être déclaré apte au travail ; par contre, si la prise en charge par l'assurance maladie-invalidité de l'appelant, qui était (déclaré) apte au travail, résulte d'une aggravation de son état de santé, il convient de déterminer si cette aggravation a disparu ou non lors de la déclaration d'aptitude au travail ultérieure.

Comme le signale judicieusement Madame l'Avocat général LIGOT dans son avis, il résulte du dossier complété que :

- En dépit d'un problème de tachycardie identifié en 1997, l'appelant a travaillé jusqu'au 10 février 2000
- Il a alors présenté une rechute et a, au cours de l'année 2000 été hospitalisé en urgence à deux reprises, toujours pour des problèmes de tachycardie
- Le 25 février 2000, deux tentatives d'ablation du foyer ectopique ont été tentées, vainement
- Lors de l'hospitalisation en mars, un traitement a été administré, de manière efficace semble-t-il sans exclure toutefois la perspective d'une nouvelle procédure d'ablation
- En mai 2000, on conclut à l'échec total des procédures d'ablation et le traitement est poursuivi
- En juin 2000, la technique de l'ablation paraît être écartée, le traitement est poursuivi
- Nonobstant le traitement, l'appelant sera à nouveau hospitalisé en urgence
- A dater de fin décembre 2000, il semble que le traitement administré soit efficace, il n'est plus fait état d'une hospitalisation.

Il résulte de ces éléments que les troubles antérieurs dont souffrait l'appelant ne l'avaient pas empêché d'exercer son activité antérieurement et que c'était seulement l'aggravation desdits troubles qui avaient justifié sa prise en charge.

L'expert avait considéré qu'au moment de l'expertise l'état de l'appelant s'était stabilisé et que sa situation ne justifiait pas une réduction d'au moins 66 % de la capacité de gain.

C'était l'aggravation des lésions qui avait porté l'incapacité de l'appelant au-delà de 66 %.

La stabilisation de la pathologie de l'appelant en vertu d'un traitement déterminé s'est traduite par une amélioration de son état lequel, d'après les pièces versées au dossier n'a plus connu de rechute (plus d'hospitalisation signalée, ni d'épisode de crise de tachycardie).

Les problèmes psychiques dont l'appelant fait état et qui sont également mentionnés par l'expert étaient liés aux crises de tachycardie qui ont disparu.

La mission d'un expert judiciaire consiste précisément à départager deux thèses en présence.

Une simple appréciation divergente du conseil médical de l'appelant, sans apporter des éléments nouveaux, ne peut amener la cour à s'écarter des conclusions de l'expert ou à recourir à une nouvelle mesure d'expertise.

La situation de l'appelant considérée dans tous ses aspects dont son peu de formation, ne l'empêchent pas d'exercer des professions avec charges légères ou moyennes (par ex., gardien de parking, veilleur de nuit, concierge, portier, convoyeur (tâche déjà assumée par l'appelant), conditionnement de marchandises légères,...).

La cour retient ainsi que l'expert a pu conclure que l'incapacité n'atteignait plus le seuil de 66 %.

Une nouvelle expertise ne se justifie pas.

L'appel n'est pas fondé.

...

## VII. Cour du travail d'Anvers, section d'Anvers, 8 mars 2011

Code judiciaire, article 1022 - A.R. du 3 juillet 1996, articles 122, § 3 et 147, § 3

Centre d'hébergement et de soins - Intervention forfaitaire - Contestation des catégories de dépendance - Litige non évaluable en argent - Indemnité de procédure

*L'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est payée par les organismes assureurs aux centres d'hébergement et de soins. L'INAMI n'est pas un organisme assureur et ne peut dès lors pas être condamné au paiement de cette allocation forfaitaire. Le Collège des médecins-conseils budgétise cette allocation forfaitaire sur la base de la catégorie de dépendance des résidents du centre d'hébergement et de soins. Cette décision et la contestation qui en découle ne sont pas évaluable en argent. Cette action ne peut dès lors qu'ouvrir le droit au montant de base de l'indemnité de procédure.*

INAMI c./a.s.b.l. A.C.

R.G. 2010/AA/61

...

### 5.1. Situering van het geschil

Het hoger beroep van appellant is een beperkt hoger beroep en heeft uitsluitend betrekking:

- enerzijds op de vermelding in het beschikkend gedeelte van het bestreden vonnis dat de administratieve beslissing van 6 maart 2008 van het college van geneesheren-directeurs van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt vernietigd
- anderzijds op de veroordeling tot betaling van 80 834,67 provisioneel wegens het onrechtmatig toepassen van artikel 7 van het koninklijk besluit van 4 april 2003.

## 5.2. Beoordeling

Overeenkomstig artikel 122, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 kan het Nationaal College van adviserend geneesheren voor de uitvoering van de in artikel 120, 2°, 3° en 4° bedoelde opdrachten, een beroep doen op onder zijn toezicht geplaatste lokale colleges die zijn samengesteld uit:

1° een adviserend geneesheer, provinciaal verantwoordelijk, die, op voordracht van de verzekeringsinstellingen, door het Nationaal college wordt aangewezen. Het Nationaal College kan per provincie meerdere verantwoordelijken aanwijzen die, ofwel om beurt, ofwel op grond van een geografische spreiding, die taken op zich nemen;

2° ten minste drie adviserend geneesheren en/of verpleegkundigen, door die adviserend geneesheren gemandateerd overeenkomstig artikel 153, vierde lid, van de gecoördineerde wet, die voorkomen op een lijst die, op voorstel van de verzekeringsinstellingen, door het Nationaal college is opgemaakt.

In elk lokaal college zijn ten minste drie verzekeringsinstellingen vertegenwoordigd.

Uit nazicht van de stukken van het administratief dossier blijkt dat de bestreden beslissing van 6 maart 2008 niet werd genomen door het College van geneesheren-directeurs van het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering maar wel door het lokaal college van adviserend geneesheren van Antwerpen (zie stuk 3 administratief dossier: kennisgeving d.d. 27.02.2008 aanpassing categorieën door lokaal college).

Het hoger beroep van appellant is, wat dit onderdeel betreft, gegrond.

In het bestreden vonnis werd appellant veroordeeld tot betaling van een provisioneel bedrag van 80 834,67 EUR, zijnde een vergoeding voor minderontvangsten gedurende de periode 1 juli 2008 tot 31 december 2008.

Uit lezing van de conclusie die geïntimeerde heeft neergelegd ter griffie van de arbeidsrechtbank te Antwerpen op 15 oktober 2009 blijkt dat geïntimeerde, naast de vernietiging van bestreden beslissing van 6 maart 2008, eveneens bij uitbreiding van de initiële eis, vorderde om appellant te veroordelen tot betaling van de som van 80 834,67 EUR provisioneel ten titel van vergoeding wegens minderontvangsten ontstaan wegens het onrechtmatig toepassen van artikel 7 van het koninklijk besluit van 4 april 2003.

De verplichting tot betaling van de forfaitaire tegemoetkomingen als bedoeld in artikel 147, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, rust uitsluitend op de verzekeringsinstellingen (art. 7 en 8 van het koninklijk besluit van 04.04.2004 tot uitvoering van artikel 37<sup>quater</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, voor de zorgverleners bedoeld in art. 34, eerste lid, 11° en 12° van dezelfde wet).

Dit blijkt tevens uit artikel 3 van de gecoördineerde wet betreffende verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen waarin bepaald wordt dat de landsbonden in hun statuten de bij deze wet voorziene prestaties waarborgen.

Aangezien niet appellant maar wel de verzekeringsinstellingen gehouden zijn tot betaling aan geïntimeerde van de forfaitaire tegemoetkomingen is het hoger beroep, wat dit onderdeel betreft, gegrond.

Op het verzoek van appelland om voor recht te zeggen dat het bedrag van: 80 834,67 EUR, een definitief en geen provisioneel bedrag is kan niet worden ingegaan daar huidig geschil de beslissing van 6 maart 2008 inzake aanpassing van de afhankelijkheidscategorieën tot voorwerp heeft en dus niet betrekking heeft op een beslissing van appelland inzake toekenning en/of berekening van de forfaitaire tegemoetkomingen als bedoeld in artikel 147, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

### 5.3. Gedingkosten hoger beroep

De initiële vordering van geïntimeerde tot vernietiging van de beslissing van 6 maart 2008 van het lokaal college van adviserend geneesheren van Antwerpen heeft als werkelijk en rechtstreeks voorwerp de vraag of het Woon- en Zorgcentrum Aalmoezenier Cuypers de afhankelijkheidsgraad van een aantal van haar residenten foutief heeft geëvalueerd. Dit is een niet in geld waardeerbare vordering.

Voor de geschillen die betrekking hebben op een niet in geld waardeerbare vordering bedraagt het basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding 1 320 EUR (art. 3 van het K.B. tot vaststelling van het tarief van de rechtsplegingvergoeding bedoeld in art. 1033 van het Gerechtelijk Wetboek).

OP DIE GRONDEN,

HET HOF,

...

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk en gedeeltelijk gegrond.

Vernietigt dienvolgens het bestreden vonnis uitgesproken door de voorzitter van de zevende kamer in openbare terechtzitting van de arbeidsrechtbank te Antwerpen op 5 januari 2010 (A.R. nr. 08/2103/A) in zoverre:

- de bestreden administratieve beslissing van 6 maart 2008 van het College van geneesheren-directeurs van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt vernietigd;
- het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt veroordeeld tot betaling van een som van 80 834,67 EUR zeventenzestig cent provisioneel wegens het onrechtmatig toepassen van artikel 7 van het koninklijk besluit van 4 april 2003 tot uitvoering van artikel 37<sup>quater</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de zorgverleners bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12° van dezelfde wet meer de gerechtelijke intresten vanaf 15 oktober 2009 tot datum van de algehele betaling.

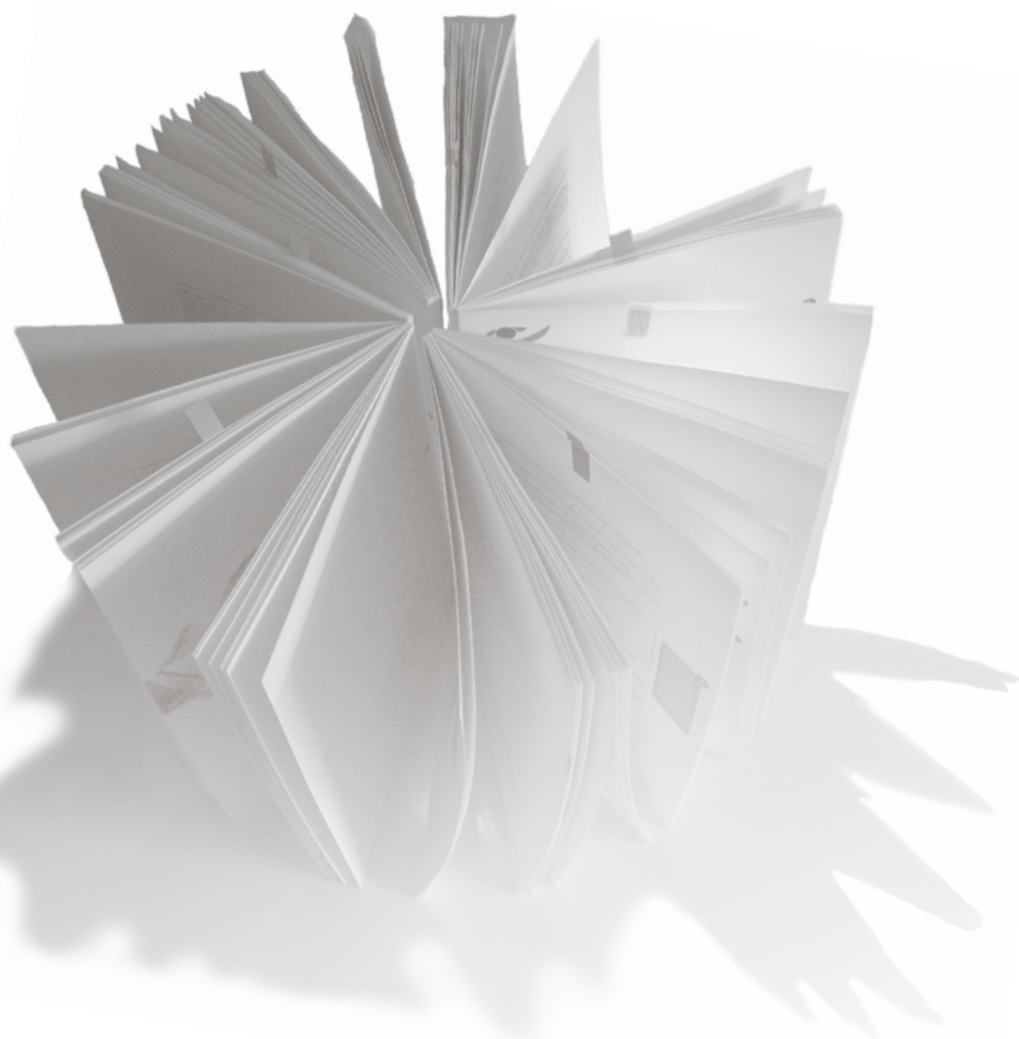
Opnieuw recht doende.

Vernietigt de beslissing van 6 maart 2008 van het Lokaal college van adviserend geneesheren te Antwerpen.

Bevestigt het bestreden vonnis voor het overige.

...

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



# I. Maladie de Huntington

Maladies chroniques - Allocation forfaitaire - Intervention majorée - Maximum à facturer

Question n° 8 posée le 4 août 2010 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 DUCARME<sup>1</sup>

Dans une publication avancée en ligne du *The Lancet* le 25 juillet 2010, une chercheuse révèle combien la maladie de Huntington représente une menace pour la vie de ceux qui voudraient pouvoir contracter une assurance, étudier ou emprunter en dépit de cette terrible épée de Damoclès.

La maladie de Huntington est une maladie neurologique héréditaire aujourd'hui incurable. Elle se développe le plus souvent entre 40 et 50 ans, chez les porteurs du gène malade. Elle provoque des manifestations psychiatriques qui s'accompagnent de troubles neurologiques (avec notamment des gestes incohérents et anormaux, indépendants de la volonté). D'où la stigmatisation qui touche certains patients, mais aussi - quand ils ont eu le malheur d'en parler - les membres de leur famille, qui sont potentiellement porteurs du gène responsable.

1. Combien de personnes sont-elles victimes de la maladie de Huntington en Belgique ? Ces chiffres sont-ils en augmentation ?
2. L'article rappelle que le fait d'avoir un parent atteint de la maladie de Huntington est la seule situation génétique qui autorise les compagnies d'assurances à une augmentation des primes de risque. Quelle est la situation des assurances en Belgique ? Pratiquent-elles également une surprime pour les personnes concernées par cette anomalie génétique ? Si oui, le gouvernement a-t-il pris des mesures pour mettre fin à cette pratique ?

## Réponse

1. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ne possède aucune donnée précise quant au nombre de personnes atteintes de la maladie de Huntington en Belgique. Cette maladie est relativement peu répandue (prévalence de 1 à 3/10 000). En Belgique, plus de 1 000 personnes/familles sont confrontées à cette maladie.

La mise en place d'un registre des maladies rares devrait permettre de disposer de données plus précises et de suivre l'évolution épidémiologique de ces pathologies rares. Dans le cadre du budget 2011 de l'assurance maladie voté mi-octobre, une attention toute particulière a été portée aux maladies rares.

La rareté de ces pathologies implique souvent un manque de connaissances et d'accès à une prise en charge ou des traitements spécifiques. Sur base des premières recommandations élaborées par le Fonds des Maladies rares et médicaments orphelins (géré par la Fondation Roi Baudouin), un budget de 200 000 EUR a été prévu pour la création d'un registre central des patients souffrants de maladies rares.

2. L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités n'exclut aucun patient. Au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), diverses mesures (nomenclature des prestations de santé, conventions, etc.) sont élaborées de manière à rendre possible le diagnostic et le traitement de la plupart des maladies ainsi que l'accessibilité aux soins.

À titre de mesures spécifiques, je peux citer les conventions neuromusculaires et les conventions avec trois hôpitaux spécialisés dans la prise en charge des jeunes patients atteints de la maladie de Huntington. Ces conventions, en vigueur depuis avril 2009, ont permis la création de 60 places pour personnes atteintes de la maladie de Huntington.

Mon programme d'action "Priorité aux malades chroniques" vise à reconnaître les personnes atteintes d'affections chroniques. Il prévoit également d'apporter les améliorations structurelles nécessaires à la prise en charge de ces affections.

Une allocation forfaitaire "malades chroniques" est accordée aux personnes répondant à une série de conditions fixées dans un arrêté royal spécifique (A.R. du 02.06.1998 portant exécution de l'art. 37, § 16*bis*, de la loi SSI).

Cet arrêté ne se réfère pas à une liste de maladies qui seraient considérées comme chroniques, mais fixe des conditions. Ces conditions traduisent la volonté d'octroyer ce forfait aux malades chroniques qui se trouvent dans des situations de dépenses financières importantes concernant leurs soins de santé (signe de chronicité, 1<sup>er</sup> critère), et se trouvent dans certaines situations de dépendances médicales ou sociales (allocation d'intégration, kinésithérapie, etc.) (2<sup>e</sup> critère).

Divers mécanismes, visant à permettre à chacun d'avoir accès aux soins en réduisant la partie financière restant à sa charge, ont été élaborés. Les plus importants sont l'intervention majorée et le maximum à facturer.

L'intervention majorée est octroyée aux assurés dont les revenus sont modestes et qui ont un statut particulier dans l'assurance maladie (bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)) ou qui bénéficient d'un avantage social, comme le revenu d'intégration.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007, l'intervention majorée est également octroyée aux ménages sur la seule base de plafonds de revenus (statut OMNIO).

Le second mécanisme, le "maximum à facturer" vise à limiter le coût total des soins de santé durant une année. Dès que le montant des dépenses d'un ménage en soins de santé atteint un certain plafond au cours d'une année civile, la mutualité couvre l'entièreté des frais durant le reste de l'année. Sont visés par cette mesure : la totalité des honoraires versés aux médecins conventionnés, les frais d'hospitalisation (hors suppléments), l'intervention personnelle dans le coût de certaines catégories de médicaments, etc. La mutualité vérifie automatiquement si son affilié est dans les conditions pour bénéficier de ce "maximum à facturer".

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, il existe également un maximum à facturer pour les malades chroniques : à condition d'avoir supporté un certain montant de tickets modérateurs durant deux années consécutives, le plafond du maximum à facturer est réduit de 100 EUR pour l'année qui suit.

La plupart des malades chroniques sont confrontés au problème de la majoration des primes des assurances privées ou au refus des assureurs privés d'assurer certaines maladies déterminées. Diverses mesures ont été prises en la matière, dont l'arrêté royal obligeant les compagnies d'assurance à notifier au patient les motifs de refus ou les motifs justifiant les surprimes.



## II. Invalidité

### Politique de réinsertion socioprofessionnelle

Question n° 201 posée le 16 décembre 2010 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 BACQUELAINE<sup>2</sup>

Les chiffres de l'INAMI démontrent que le nombre de personnes reconnues invalides est en augmentation constante. Le nombre de personnes en incapacité longue durée est passé de 179 000 à 232 000 entre 1999 et 2008 faisant grimper les dépenses de l'assurance-maladie invalidité pour leur indemnisation de 1 600 à 2 600 millions d'EUR.

Face à ce constat inquiétant, un large consensus existe pour promouvoir une politique plus active de réinsertion des malades de longue durée. En effet, la perte du lien d'emploi entraîne le travailleur dans une spirale de conséquences négatives : perte de revenus, isolement social, avec souvent, une aggravation des problèmes de santé physique et psychique.

Par ailleurs, on observe que les absences répétitives au travail constituent souvent une étape dans le processus qui conduit un travailleur vers l'invalidité.

Récemment, la Société Scientifique de Santé au Travail (SSST) et l'Association Scientifique de Médecine d'Assurance (ASMA) ont formulé une série de pistes concrètes pour favoriser le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle des travailleurs atteints d'une affection de longue durée ou d'un handicap.

1. Pouvez-vous nous faire état des mesures actuellement en préparation en collaboration avec la Ministre de l'Emploi pour tenter de maintenir le travailleur dans l'emploi et prévenir l'invalidité ?
2. Avez-vous un plan d'action précis en la matière ?
3. Avez-vous eu connaissance des pistes proposées par la Société Scientifique de Santé au Travail (SSST) et l'Association Scientifique de Médecine d'Assurance (ASMA) ?
4. Dans l'affirmative, accordez-vous un suivi à cette réflexion avec l'INAMI et le SPF Emploi ?

### Réponse

Comme vous soulignez, l'augmentation du nombre d'invalides est inquiétante. Elle se manifeste principalement dans deux domaines de pathologies : les pathologies dorso-lombaires et les pathologies mentales.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité du Service des indemnités de l'INAMI est compétente en matière de réinsertion socioprofessionnelle par la formation et l'accompagnement.

Depuis cette date, le Service des Indemnités de l'INAMI a mis en place une politique proactive visant à améliorer le retour vers l'emploi des bénéficiaires de l'assurance indemnités dans le cadre prescrit par la loi du 13 juillet 2006 qui fixe le cadre de la réinsertion professionnelle pour les indemnités, les accidents du travail et les maladies professionnelles et l'arrêté royal du 30 mars 2009 qui exécute cette loi pour le secteur des indemnités.

Cette réinsertion socioprofessionnelle peut se faire de diverses manières. Certains titulaires peuvent reprendre le travail grâce à une adaptation de leur poste de travail ou à une adaptation de leur situation de travail existante, sans formation.

Ces dossiers peuvent être traités par le médecin-conseil sans qu'une intervention de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité soit nécessaire.

Dans la seule éventualité où il ne pourrait pas être fait appel à ces opportunités d'intégration, une approche plus poussée devra être entamée, prévoyant par exemple :

- l'apprentissage d'une nouvelle profession de référence
- une mise à niveau des connaissances
- toute autre action ayant pour objectif de favoriser la réinsertion socioprofessionnelle de titulaires en incapacité de travail (coaching, etc.).

Afin de mettre en œuvre cette stratégie, le Service des indemnités s'est doté d'un plan d'actions travaillant sur deux axes :

- la création en son sein d'une cellule "insertion socioprofessionnelle" dont l'objectif est d'une part d'assister les médecins conseils des mutuelles dans les dossiers individuels de réinsertion et d'autre part de créer des partenariats tant avec les organismes régionaux et communautaires compétents en matière de formation et d'emploi qu'avec des opérateurs locaux. Cette cellule est opérationnelle depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010
- la conclusion d'une déclaration d'intention fixant un cadre global de collaboration entre l'INAMI, les Mutuelles et les Organismes régionaux et communautaires en vue de favoriser l'accès, pour les assurés sociaux, aux programmes d'insertion et de formation. Cette déclaration d'intention va entrer dans son processus de ratification entre les différents partenaires et débouchera sur des accords bilatéraux précisant les modalités, notamment sur le plan du financement de ces trajets d'insertion et de ces formations.

Pour ce faire un montant de 10 000 000 d'EUR a été inscrit au budget 2011 de l'assurance indemnités.

Il est un peu prématuré de faire un premier bilan de cette politique qui n'a été réellement impulsée qu'au début de l'année 2010 et j'attends le recul d'une année complète avant de procéder à une première évaluation.

D'une manière plus générale, le Service des indemnités de l'INAMI s'est inscrit, notamment via la participation à des réseaux internationaux, dans une démarche globale d'amélioration de la connaissance dans ce qu'on appelle, dans les pays anglo-saxons, le *disability management*, à savoir la gestion du retour sur le marché du travail des personnes qui en ont été écartées pour des raisons médicales mais dont l'état de santé permettrait un retour volontaire au poste initial ou vers une nouvelle profession.

Il est évident que cette politique de réinsertion doit se faire en étroite collaboration avec les médecins du travail et l'INAMI travaille déjà de concert avec la Société Scientifique de Santé au Travail et l'Association Scientifique de Médecine d'Assurance.

Cette collaboration se manifeste, notamment, dans les discussions actuellement en cours au sein de la task force "incapacité de travail", prévue dans le contrat d'administration qui associe les partenaires sociaux, les mutuelles et à laquelle la Société Scientifique de Santé au Travail a été ponctuellement associée pour les matières qui la concerne. Cette task force a pour mission de remettre, pour le mois de janvier, un rapport présentant des pistes de réflexion permettant de mieux appréhender l'augmentation des effectifs de l'assurance indemnités et, dans ce contexte, la prévention sur le milieu du travail et le retour vers l'emploi sont deux axes très importants.

### III. Assurance indemnités

#### Reprise partielle des activités - Traitement différent des travailleurs salariés et indépendants - Chiffres pour 2009 et 2010

Question n° 203 posée le 27 décembre 2010 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 BLOCK<sup>3</sup>

Les salariés qui reçoivent une indemnité de maladie peuvent reprendre le travail progressivement. La durée de la reprise partielle du travail n'est pas définie et est laissée à l'appréciation du médecin-conseil. Pour les indépendants, par contre, la reprise progressive du travail est limitée dans le temps à une période de six mois, renouvelable à deux reprises à raison de six mois à chaque fois.

1. Comment peut-on expliquer cette différence de traitement entre les salariés et les indépendants ?
2. Pensez-vous que le moment est venu de supprimer cette discrimination et d'établir, avec le ministre des PME, des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique, un régime analogue pour les indépendants et pour les salariés ?
3. Combien de salariés ont repris le travail, chaque année, pendant la période de 2008 à 2010 ?
4. a) Parmi ces salariés, combien ont repris le travail à temps plein au bout d'un certain laps de temps ?  
b) Combien sont ensuite revenus à temps plein dans le régime de l'assurance-maladie ?
5. Quelle est la durée moyenne de la reprise progressive du travail avant que les salariés puissent reprendre leur travail à temps plein ?

## Réponse

1. Je peux confirmer que le titulaire reconnu incapable de travailler dans le cadre de l'assurance indemnités pour les travailleurs salariés peut recevoir, en application de l'article 100, § 2, de la loi SSI et de l'article 230, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI, l'autorisation du médecin-conseil de la mutualité de reprendre partiellement ses activités. Il est toutefois exigé que l'intéressé maintienne une diminution de ses capacités sur le plan médical de 50 % au moins et que l'activité soit compatible avec son état de santé. Cette autorisation n'est pas limitée dans le temps.

Dans le cadre de l'assurance indemnités pour les travailleurs indépendants, le médecin-conseil peut octroyer au titulaire reconnu incapable de travailler, sur base de l'article 23*bis* 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'autorisation de reprendre, en vue de son reclassement, une partie de l'activité indépendante qu'il exerçait au moment de la reconnaissance de son incapacité de travail. L'autorisation peut seulement être octroyée après la période d'incapacité de travail non indemnisable d'un mois et ne peut porter sur une période de plus de six mois. Cette période pour laquelle l'autorisation a été accordée peut, sur demande du titulaire et aux mêmes conditions, être prolongée par le médecin-conseil au moyen d'une nouvelle autorisation, sans toutefois que cela puisse avoir pour conséquence que la période totale de reprise de l'activité professionnelle soit ainsi portée à plus de dix-huit mois.

En ce qui concerne la différence de traitement entre les travailleurs salariés et indépendants, celle-ci s'est développée historiquement suite à un système séparé de sécurité sociale. Étant donné qu'il existe des différences dans le statut, les droits et obligations qui y sont aussi liés sont également différents au plan social.

Comme déjà confirmé à plusieurs reprises par la Cour constitutionnelle, ce traitement différencié est toutefois objectivement justifié et ne viole ni le principe d'égalité, ni le droit à la sécurité sociale garanti constitutionnellement.

2. Je souhaite renvoyer à la possibilité prévue à l'article 20*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 qui est donnée au Conseil médical de l'invalidité (organe de l'INAMI) d'accorder l'autorisation à un titulaire indépendant reconnu incapable de travailler d'exercer une partie de son activité indépendante précédente. Cette autorisation peut être donnée sans exigence de reclassement pour une période indéterminée, mais est seulement possible en période d'invalidité.

Cette disposition a été introduite via l'arrêté royal du 21 avril 2007 modifiant, en ce qui concerne la réinsertion socioprofessionnelle des titulaires reconnus incapables de travailler, l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants. La disposition est le résultat des discussions menées dans le groupe de travail "réintégration socioprofessionnelle des titulaires indépendants reconnus incapables de travailler" qui a été constitué en 2004 sur demande du Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants (en exécution du contrat d'administration de l'époque).

Avant cette modification, il était seulement possible pour le titulaire indépendant reconnu incapable de travailler, de reprendre une activité s'il satisfaisait à la condition de reclassement. Pour beaucoup de titulaires, cette condition était toutefois problématique parce que leur capacité résiduaire ne leur permettait, en effet, jamais de reprendre totalement l'activité indépendante précédente (ou éventuellement une autre activité). Pour ce groupe, il était toutefois possible de continuer à exercer une partie de leur activité précédente, sans but de reclassement.

Le groupe de travail précité a, à l'époque, examiné de manière approfondie s'il n'était pas possible d'introduire une disposition analogue à celle qui est d'application dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés et a soumis différentes propositions au Ministre des Affaires sociales de l'époque, monsieur Rudy Demotte.

Le Ministre a finalement accordé la possibilité d'exercer une partie de l'activité indépendante précédente sans limitation dans le temps, à condition, d'une part, que le Conseil médical de l'invalidité soit l'organe compétent qui octroie l'autorisation et, d'autre part, que le titulaire se trouve déjà en période d'invalidité.

3. Avant tout, je tiens à signaler que les chiffres demandés ne sont disponibles qu'à partir de l'année 2009. En effet, c'est à partir de cet exercice que les autorisations délivrées par les médecins conseils pour reprendre le travail de manière progressive, ont été transmises et traitées de manière informatisée à l'INAMI. Les informations disponibles depuis lors sont beaucoup plus détaillées que lorsque les autorisations étaient transmises sur formulaire papier.

Le nombre de travailleurs salariés qui, en exécution de l'article 100, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, ont repris le travail à temps partiel en 2009 et 2010 est repris dans le tableau ci-dessous :

	2009	2010
Art. 100, § 2	15 128	15 797

4. Le nombre de travailleurs salariés qui après une reprise progressive du travail retombent en incapacité de travail complète ou reprennent le travail à temps plein est repris ci-dessous :

	2009	2010
	Art. 100, § 2	Art. 100, § 2
Retour vers l'incapacité complète de travail	4 186	3 686
Reprise de travail à temps plein	5 285	5 429

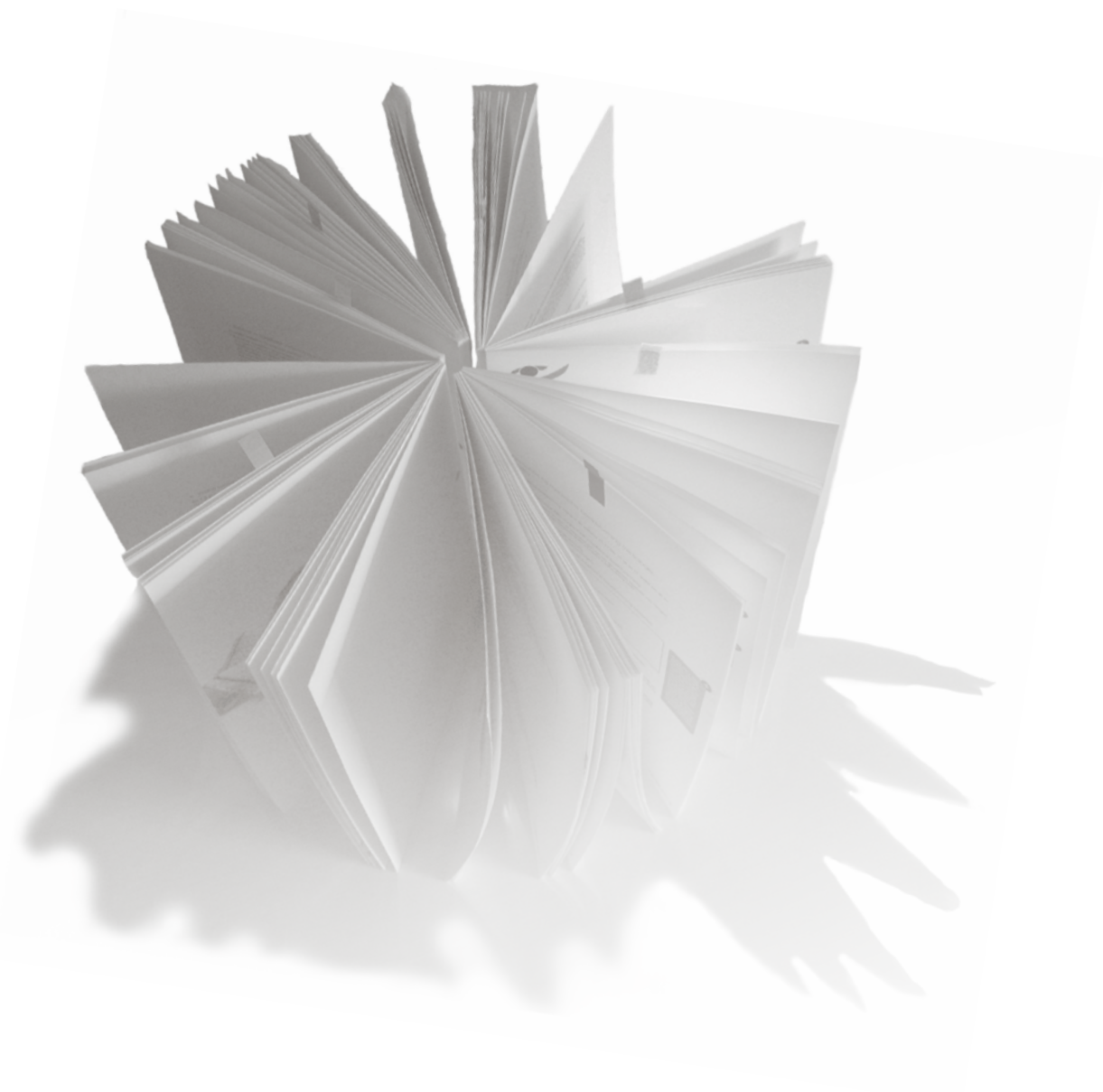
5. Le tableau ci-dessous donne la durée de la reprise à temps partiel avant que le travailleur ne reprenne un travail à temps plein ou ne retombe en incapacité complète de travail :

2009	Retour en incapacité complète de travail	Reprise de travail à temps plein
<1 an	3 072	4 897
1-2 ans	469	233
2-3 ans	215	72
3-4 ans	106	23
4-5 ans	86	11
>5 ans	238	33
Inconnu		16
<b>Total</b>	<b>4 186</b>	<b>5 285</b>

2010	Retour en incapacité complète de travail	Reprise de travail à temps plein
<1 an	2 763	5 019
1-2 ans	380	243
2-3 ans	168	67
3-4 ans	94	19
4-5 ans	74	13
>5 ans	207	47
Inconnu		21
<b>Total</b>	<b>3 686</b>	<b>5 429</b>

# 5<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



## Prolongation des droits des indépendants en incapacité de travail

La présente circulaire règle la problématique des indépendants en incapacité de travail dont les droits aux soins de santé pouvaient être prolongés gratuitement avant l'intégration des petits risques, mais pour lesquels, en conséquence de cette intégration, il n'y a plus de possibilité de prolonger les droits à partir de l'année de droit 2010, si ce n'est par une inscription en la qualité de résident.

Étant donné les problèmes qui semblent exister en pratique en ce qui concerne la prolongation des droits aux soins de santé des personnes visées ci-dessus, l'article 290, A, 2. 1<sup>o</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI, est complété par l'interprétation suivante :

Les indépendants en incapacité de travail, qui ont cessé toute activité (donc également par personne interposée) et dont les droits aux soins de santé pouvaient, jusqu'à l'intégration des petits risques, être prolongés gratuitement (étant donné que ces personnes avaient une qualité de titulaire au cours du 4<sup>e</sup> trimestre de l'année de référence, à savoir, indépendants reconnus incapables de travailler, visés à l'art. 4, 3<sup>o</sup>, de l'A.R. du 29.12.1997 fixant les conditions dans lesquelles l'application de la loi SSI, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, et que l'obligation de cotisation au statut social devait être respectée pour l'année de référence (comme il n'y avait plus d'obligation de cotisation dans cette hypothèse, cette condition était considérée comme étant remplie)), qui répondent aux conditions cumulatives suivantes :

- l'assimilation dans la réglementation pension des travailleurs indépendants ne pouvait pas être obtenue parce qu'au début de la maladie, la condition selon laquelle il faut être en ordre de cotisations au statut social pour obtenir cette assimilation, n'était pas remplie
- ces personnes sont, au 30 avril 2011, en incapacité de travail depuis au moins 5 ans
- ces personnes ne peuvent voir leurs droits prolongés en tant que personne handicapée (personne reconnue incapable d'exercer un travail lucratif, art. 32, al. 1<sup>er</sup>, 13<sup>o</sup> de la loi)
- ces personnes ne peuvent pas être inscrites en qualité de personne à charge.

peuvent, pour la prolongation des droits aux soins de santé à partir de l'année de droit 2010, tomber dans le champ d'application de l'article 290, A, 2. 1<sup>o</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Cette interprétation concerne donc une situation qui va disparaître progressivement et prévoit une solution pour un groupe limité de personnes, sur lequel un contrôle devra être mis place par le Service du contrôle administratif.

En vigueur à partir du 24 février 2011.



Circulaire O.A. n° 2011/82 - 2110/2 du 28 février 2011.



# 6<sup>e</sup> 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<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup>) à partir du 1<sup>er</sup> mai 2011

### Indexation

En application de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 - Moniteur belge du 3 avril 2007 (2<sup>e</sup> éd.) fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1<sup>er</sup> de la loi SSI et instaurant le statut OMNIO, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ne peuvent atteindre les plafonds de 11 763,02 EUR 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 <sup>er</sup> mai 2011	
Titulaires	Personnes à charge
15 672,71 EUR	2 901,44 EUR



Circulaire O.A. n° 2011/169 - 3991/227 du 28 avril 2011.

## II. Plafond des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3<sup>o</sup> al., A.R. du 03.07.1996) Résidents, indexation et moyenne annuelle

Ce montant de 25 285,14 EUR lié à l'indice-pivot des prix à la consommation 103,14 (base 1996 = 100) est adapté à l'évolution des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (A.R. 08.08.1997).

## Indexation des plafonds (montants en EUR)

	Résidents	Personnes à charge (idem intervention majorée)
À partir du 1 <sup>er</sup> février 2002	26 832,59	2 310,92
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2003	27 368,64	2 357,09
À partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2004	27 914,79	2 404,13
À partir du 1 <sup>er</sup> août 2005	28 473,60	2 452,25
À partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2006	29 045,04	2 501,47
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2007	29 045,04	2 518,97
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2008	29 624,07	2 602,36
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2008	30 215,74	2 654,33
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2008	30 820,06	2 707,42
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2009 (bien-être)	30 820,06	2 756,15
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2010 (bien-être)	30 820,06	2 788,65
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2010	31 437,01	2 844,47
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2011	32 066,61	2 901,44

## Moyenne annuelle (montants en EUR)

	Résidents	Personnes à charge
2001	26 091,74 (PM)	2 247,06
2002	26 788,76	2 307,14
2003	27 145,29	2 337,88
2004	27 505,18	2 368,85
2005	28 147,63	2 424,18
2006	28 616,46	2 464,56
2007	29 045,04	2 507,30
2008	30 219,96	2 654,70
2009	30 820,06	2 735,85
2010	31 025,71	2 807,26



Circulaire O.A. n° 2011/171 - 270/54, 273/54, 274/56, 276/106, 2790/54, 2791/54, 2792/53, 3910/989 et 83/402 du 28 avril 2011.

## III. Personnes à charge – Plafond trimestriel de revenus

### Secteurs public et privé

En vertu de l'arrêté royal du 3 juillet 1997 en exécution de la loi SSI (art. 124, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, al. 1, modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29.12.1997 (M.B. 31.12.1997, éd.2)), ne peut plus être considérée comme personne à charge (au sens de l'art. 32) de la loi SSI, la personne qui dispose d'un revenu, pension, rente, allocation ou indemnité, pour autant que le montant global brut soit **Supérieur** à un montant par trimestre.

Le montant par trimestre civil est calculé au départ du montant de 1 762,82 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996). Il est adapté aux fluctuations de l'indice des prix comme prévu dans la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

1<sup>er</sup> septembre 2008 indexation

1 762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 10 = 2 148,87 EUR

1<sup>er</sup> septembre 2010 indexation

1 762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 11 = 2 191,85 EUR

1<sup>er</sup> mai 2011 indexation

1 762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 12 = 2 235,68 EUR

Valeurs par trimestre (montants en EUR)		
2 <sup>e</sup> trimestre 2008	$2\ 065,42 \cdot \frac{1}{3} + 2\ 106,73 \cdot \frac{2}{3}$	2 092,96
3 <sup>e</sup> trimestre 2008	$2\ 106,73 \cdot \frac{2}{3} + 2\ 148,87 \cdot \frac{1}{3}$	2 120,78
4 <sup>e</sup> trimestre 2008	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
1 <sup>er</sup> trimestre 2009	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
2 <sup>e</sup> trimestre 2009	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
3 <sup>e</sup> trimestre 2009	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
4 <sup>e</sup> trimestre 2009	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
1 <sup>er</sup> trimestre 2010	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
2 <sup>e</sup> trimestre 2010	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
3 <sup>e</sup> trimestre 2010	$2\ 148,87 \cdot \frac{2}{3} + 2\ 191,85 \cdot \frac{1}{3}$	2 163,20
4 <sup>e</sup> trimestre 2010	$2\ 191,85 \cdot \frac{3}{3}$	2 191,85
1 <sup>er</sup> trimestre 2011	$2\ 191,85 \cdot \frac{3}{3}$	2 191,85
2 <sup>e</sup> trimestre 2011	$2\ 191,85 \cdot \frac{1}{3} + 2\ 235,68 \cdot \frac{2}{3}$	2 221,07

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> mai 2011.



Circulaire O.A. n° 2011/170 - 248/52 du 28 avril 2011.

## IV. Prime de rattrapage après un an d'incapacité de travail

### Régime général et régime indépendant<sup>1</sup>

#### 1. Éléments de base

##### Régime général et régime indépendant

###### Introduction au 1<sup>er</sup> mai 2011 d'une prime de rattrapage après un an d'incapacité de travail

À partir du mois de mai de l'année 2011, une prime de rattrapage de 200,00 EUR (montant en vigueur au 01.05.2011) sera versée au mois de mai de chaque année (N) aux titulaires dont la durée de l'incapacité a atteint au moins 1 an au 31 décembre de l'année qui précède (N-1).

La prime dont il est question dans la présente circulaire remplace la prime de 61,5258 EUR (Montant de base 103,14) qui a été versée en 2010 aux titulaires dont la durée de maladie avait atteint au moins 5 ans au 31 décembre de l'année antérieure (N-1).

#### 2. Date d'application

1<sup>er</sup> mai 2011



Circulaire O.A. n° 2011/124 - 45/228, 482/108 du 24 mars 2011.

## V. Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2011 – Calcul du complément de cotisation

En application de l'article 286 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est fixée en fonction du revenu mensuel minimum moyen garanti par la convention collective de travail n° 43 conclue au sein du Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 29 juillet 1988.

Pour le travailleur âgé de 21 ans et plus, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est égale à quatre fois le montant du revenu mensuel minimum moyen précité.

1. Deux circulaires plus détaillées (indépendants et salariés) concernant les questions liées à la mise en œuvre pratique de la présente circulaire feront l'objet d'une publication ultérieure.

Pour les travailleurs de moins de 21 ans, ce salaire minimum atteint 3/4 du salaire pris en considération pour les travailleurs de 21 ans et plus.

La valeur minimale que le titulaire doit prouver est celle liée à la catégorie d'âge à laquelle il appartient au début de l'année civile, ou celle à laquelle il appartient au moment de son inscription.

Compte tenu du fait que le revenu mensuel minimum garanti s'élève à 1 415,24 EUR à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2010, il convient de fixer comme suit les valeurs minimales des documents de cotisation pour l'année civile 2011 :

- 21 ans et plus :  $1\,415,24 \text{ EUR} \times 4 = 5\,660,96 \text{ EUR}$
- moins de 21 ans :  $5\,660,96 \text{ EUR} \times 3/4 = 4\,245,72 \text{ EUR}$ .

Les rémunérations qui peuvent être prises en considération sont celles qui figurent sur les documents de cotisation. Elles ne peuvent pas être majorées de 8 %, parce qu'alors une double imputation du salaire aurait lieu pour la période des vacances annuelles. En effet, lorsque le salaire est majoré de 8 % (pour compenser le non-paiement de cotisations sur le pécule de vacances) et qu'un salaire forfaitaire est calculé pour les jours de vacances légales, le salaire est porté en compte deux fois pour ces jours.

Afin d'éviter cela, le calcul du complément de cotisation doit se faire sur la base du salaire figurant sur le bon de cotisation (à 100 %) et en calculant un salaire forfaitaire pour les jours assimilés.

Le complément de cotisation se calcule comme suit :

- A. De la rémunération annuelle minimum, il y a lieu de déduire la rémunération indiquée sur les bons de cotisation.
- B. Ensuite, pour les périodes énumérées à l'article 290, A, 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI, on déduit le montant que l'on obtient en multipliant la rémunération annuelle minimum par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240.
- C. Le montant du complément de cotisation est calculé en multipliant le montant obtenu, arrondi à l'euro supérieur, par le taux des cotisations dues pour le secteur des soins de santé et, le cas échéant, pour le secteur des indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. **Si ce montant est inférieur à 10,00 EUR, il n'y a pas lieu de réclamer de complément de cotisation.**

L'intégration des mineurs et assimilés dans le régime général de la sécurité sociale, prévue par la loi programme du 24 décembre 2002, titre II, chapitre 8, articles 149 à 167 (M.B. 31.12.2002, pp. 58 716 et 58 717), a pour conséquence que des compléments de cotisation peuvent aussi être réclamés pour ces travailleurs.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau comprenant les taux des cotisations de sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2011 destinées à l'assurance soins de santé et indemnités.

Taux des cotisations de sécurité sociale destinées à l'assurance SSI – au 1 <sup>er</sup> janvier 2011 (en %)			
Catégories	Cotisation globale	Quote-part de l'employeur	Quote-part du travailleur
Ouvriers et employés	10,85	6,15	4,70
Mineurs	8,85	5,15	3,70
Services Publics	7,35	3,80	3,55

L'article 286, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996 stipule également que pour les handicapés mis au travail dans les ateliers protégés, les rémunérations annuelles à prendre en considération sont fixées à 80 400 FB ou 1 993,06 EUR (pour les personnes de 21 ans et plus), 64 800 FB ou 1 606,37 EUR (pour les 19 et 20 ans), 48 000 FB ou 1 189,90 EUR (pour les 17 et 18 ans) et 40 800 FB ou 1 011,42 EUR (pour les moins de 17 ans).

Ce sont des montants forfaitaires qui ne sont pas indexés.



Les tableaux que vous pouvez trouver sur le site internet de l'INAMI - [www.inami.be](http://www.inami.be) rubrique organismes assureurs - donnent un aperçu du calcul des compléments de cotisation afférents aux différences de rémunération à partir de 0,01 EUR jusqu'à 5 661,00 EUR.



Circulaire O.A. n° 2011/67 - 271/59 du 14 février 2011.

## VI. Tarifs et remboursements des prestations de santé

Excepté la circulaire O.A. n° 2011/58 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<sup>er</sup> février et le 30 avril 2011.



Pour le détail, nous nous permettons de renvoyer le lecteur aux tableaux consultables sur le site internet de l'INAMI (<http://www.inami.be> - menu déroulant "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° de circulaire O.A.
<b>Médecins</b>	<b>Consultations et visites</b> <b>À partir du 1<sup>er</sup> mars 2011</b>	<b>2011/70</b>
	Suite aux arrêtés royaux du 9 janvier 2011 (M.B. du 25.01.2011) la prestation 597623 est ajoutée dans le tableau "B.1. Prestations reprises à l'article 25, § 1"	
	<b>À partir du 1<sup>er</sup> avril 2011</b>	<b>2011/119</b>
	Suite aux arrêtés royaux du 24 janvier 2011 (M.B. du 16.02.2011) et suite aux arrêtés royaux du 9 février 2011 (M.B. du 03.03.2011) <ul style="list-style-type: none"> <li>• le libellé de la prestation 102771 est modifié et la prestation 102395 est ajoutée</li> <li>• les prestations 102933 et 102992 sont ajoutées dans le tableau "A. I. 2. Consultation d'un médecin spécialiste à son cabinet".</li> </ul> De plus, la tarification à 50 % des prestations 598382, 598765, 598780, 599185, 599281, 598345 et 598360 est prévue dans le tableau "B.1. Prestations reprises à l'article 25, § 1" conformément à l'A.R. du 23.10.2009 (M.B. du 30.11.2009); La tarification à 75 % des codes 590752, 590774, 590796 et 590811 est supprimée dans le tableau "B.3. Prestations prévues à l'article 25, § 3bis". Cette tarification est sans objet.	
	Suite aux arrêtés royaux du 24 janvier 2011 (M.B. du 16.02.2011) la prestation 102933 est ajoutée dans le tableau "VI. Honoraires et interventions de l'assurance pour les prestations portées en compte par les médecins spécialistes stagiaires".	<b>2011/125</b>
<b>Prestations médicales</b> <b>À partir du 1<sup>er</sup> février 2011</b>	<b>2011/27</b>	
Suite à l'arrêté royal du 22 octobre 2010 (M.B. du 07.12.2010), les prestations 312690-312701 et 312712-312723 sont supprimées du tableau "F.I. Stomatologie".		

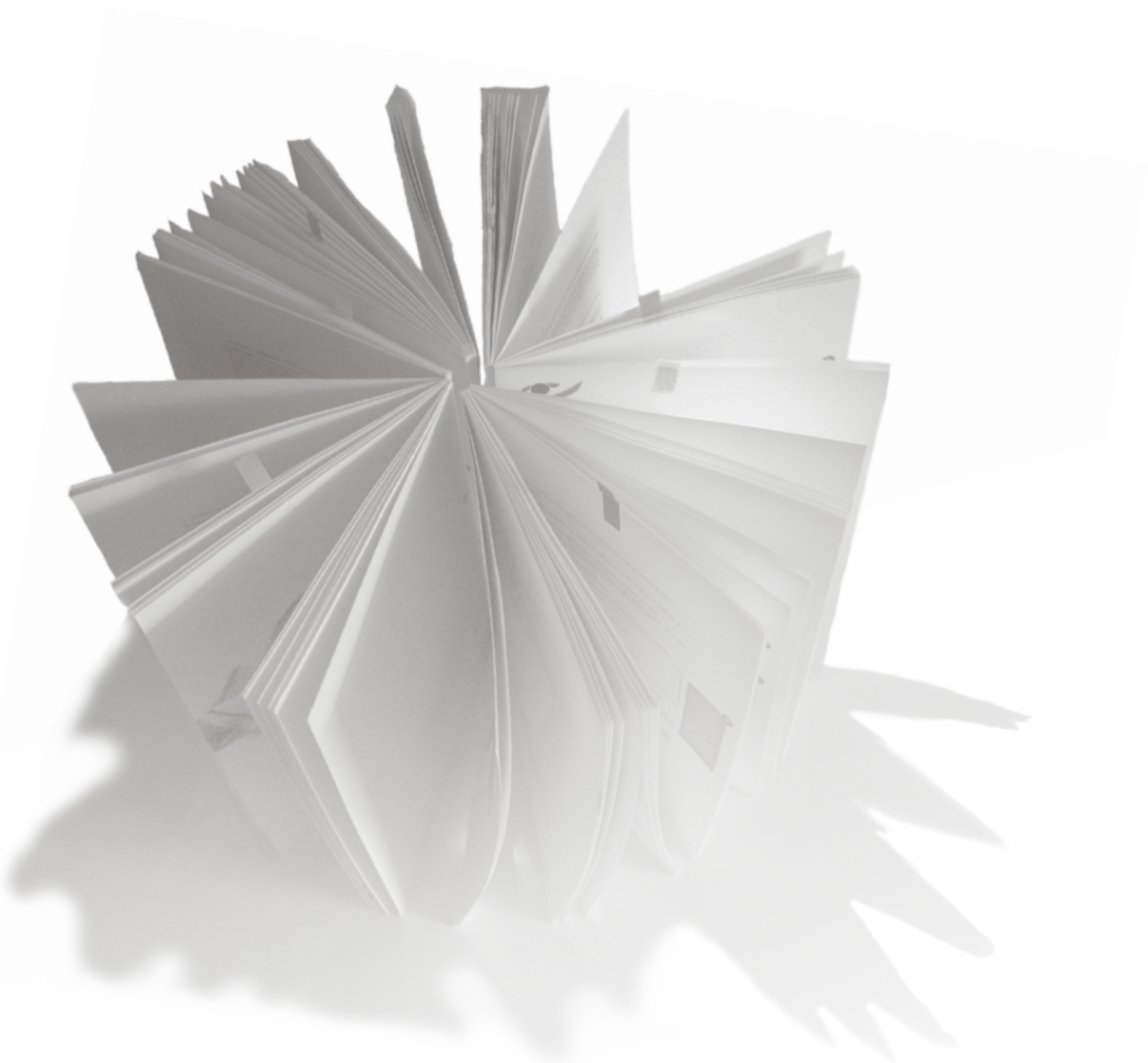


Évolution des honoraires et des interventions de l'assurance pour les prestations des dispensateurs de soins		N° de circulaire O.A.
	<p><b>À partir du 1<sup>er</sup> avril 2011</b></p> <p>Suite aux arrêtés royaux des 8 décembre 2010 et 24 et 25 janvier 2011 (M.B. du 1<sup>er</sup>, 14 et 16.02.2011) il y a lieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'ajouter les prestations 201375-201386 dans le tableau "D. 2. Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation dont la valeur relative est supérieure à K 75, N 125 ou I 125 et inférieures à K 400, N 600 ou I 600"</li> <li>• de modifier la valeur relative des prestations 228012-228023, 228174-228185, d'ajouter les prestations 228233-228244, 228255-228266 dans le tableau "F.e. Chirurgie thoracique"</li> <li>• de modifier les valeurs relatives et lettre-clé de la prestation 470271 et de supprimer la prestation 470282 dans le tableau "J.1 A. Médecine interne"</li> <li>• d'ajouter la prestation 477573 dans le tableau "J. 6. Neuropsychiatrie".</li> </ul> <p>Suite à la décision de la Commission Nationale Médico-Mutualiste du 14 mars 2011, la valeur de la lettre-clé de la prestation 470864 a été revalorisée à 3,177197.</p>	<b>2011/120</b>
	<p><b>Imagerie médicale</b> <b>À partir du 1<sup>er</sup> février 2011</b></p> <p>Suite à l'arrêté royal du 22 octobre 2010 (M.B. du 15.12.2010), les prestations 461171-461182, 461193-461204, 461333-461344, 461355-461366, 461370-461381 ont été ajoutées dans le tableau "B. Echographies – Article 17bis" (page 6) et les prestations 469011-469022, 469033-469044, 469055-469066, 469210-469221, 469232-469243 ont été ajoutées dans le tableau "D. Echographies – Article 17quater".</p>	<b>2011/28</b>
	<p><b>Biologie clinique</b> <b>À partir du 1<sup>er</sup> février 2011</b></p> <p>Suite à l'arrêté royal du 22 octobre 2010 (M.B. du 09.12.2010), les prestations 433311-433322, 433333-433344 et 542835-542846, 542850-542861 ont respectivement été ajoutées aux pages 3 et 7.</p>	<b>2011/29</b>
<b>Praticiens de l'art dentaire</b>	<p><b>À partir du 1<sup>er</sup> mars 2011</b></p> <p>Suite aux arrêtés royaux du 9 janvier 2011 (M.B. du 25.01.2011) les prestations 301372-301383 ont été ajoutées à la page 12. L'accès aux prestations 301593-301604 a été modifié : suppression pour les dentistes spécialistes en parodontologie.</p>	<b>2011/71</b>
<b>Praticiens de l'art infirmier</b>	<p><b>À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010</b></p> <p>Suite aux arrêtés royaux du 19 janvier 2011 (M.B. du 07.02.2011), les tarifs sont modifiés, avec effet rétroactif, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010.</p>	<b>2011/58</b>

Évolution des honoraires et des interventions de l'assurance pour les prestations des dispensateurs de soins		
		N° de circulaire O.A.
Implants	<b>Art. 28</b> <b>À partir du 1<sup>er</sup> février 2011</b>  Suite à l'arrêté royal du 15 novembre 2010 (M.B. du 17.12.2010), les tarifs pour les prestations de l'article 28, § 1 sont modifiés à partir du 1 <sup>er</sup> février 2011.	<b>2011/31</b>
	<b>Art. 35 &amp; 35bis</b> <b>À partir du 1<sup>er</sup> février 2011</b>  Suite à l'arrêté royal du 15 novembre 2010 (M.B. du 17.12.2010), les tarifs pour les prestations des articles 35 et 35bis sont modifiés à partir du 1 <sup>er</sup> février 2011.	<b>2011/30</b>
	<b>À partir du 1<sup>er</sup> avril 2011</b>  Suite aux arrêtés royaux des 8 et 23 décembre 2010 (M.B. des 01 et 25.02.2011), les tarifs pour les prestations des articles 35 et 35bis sont modifiés à partir du 1 <sup>er</sup> avril 2011.	<b>2011/110</b>

# 7<sup>e</sup> Partie

## Statistiques



# I. Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 2010

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2008 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2008.1	2008.2	2008.3	2008.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	260.055	537.502	809.276	1.076.441	
b) Imagerie médicale	240.824	492.735	741.479	996.548	
c) Consultations, visites et avis	423.602	823.693	1.213.189	1.619.555	
d) Prestations spéciales	269.380	540.939	808.309	1.078.374	
e) Chirurgie	237.389	474.881	705.828	943.072	
f) Gynécologie	19.797	40.426	61.422	82.379	
g) Surveillance	74.599	151.144	226.590	301.862	
h) Forfait accréditation médecins	3.407	6.554	9.603	13.334	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	2	5.691	5.730	5.736	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	2.058	2.058	2.058	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	5.128	11.866	12.508	30.079	
m) Fonds d'impulsion	575	1.400	1.903	2.752	
n) Soutien de la pratique médecine générale	0	0	0	8.187	
<b>Total médecins</b>	<b>1.534.758</b>	<b>3.088.889</b>	<b>4.597.895</b>	<b>6.160.377</b>	<b>6.182.421</b>
2. a) Honoraires dentaires	163.018	330.463	486.593	661.455	
b) Forfait accréditation	39	39	9.841	10.368	
<b>Total dentistes</b>	<b>163.057</b>	<b>330.502</b>	<b>496.434</b>	<b>671.823</b>	<b>678.915</b>
3. Prestations pharmaceutiques	968.163	1.960.859	2.943.858	3.959.278	3.897.138
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	221.411	467.167	695.815	938.818	993.203
5. Frais spécifiques services soins à domicile	8.062	13.176	16.467	16.468	16.550
6. Soins par kinésithérapeutes	128.092	259.573	383.233	512.063	524.416
7. Soins par bandagistes	47.890	98.076	147.144	203.491	211.339
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	115.542	229.890	343.600	464.065	542.369
10. Soins par opticiens	3.181	6.292	9.775	14.621	16.325
11. Soins par audiciens	6.982	13.592	20.605	29.195	35.052
12. Accouchements par accoucheuses	2.790	5.692	8.811	11.877	11.657
13. Prix de la journée d'entretien	1.017.319	2.030.043	3.079.740	4.205.509	4.299.372
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	41.205	84.676	129.278	174.173	165.145
<b>Total</b>	<b>1.058.524</b>	<b>2.114.719</b>	<b>3.209.018</b>	<b>4.379.682</b>	<b>4.464.517</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	1.607	2.200	4.628	6.592	7.067
15. Dialyse					
a) Médecins	31.362	61.885	95.064	126.704	
b) Forfait dialyse rénale	29.273	57.626	88.978	118.847	
c) A domicile, dans un centre	22.755	44.720	68.622	91.231	
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	
<b>Total dialyse</b>	<b>83.390</b>	<b>164.231</b>	<b>252.664</b>	<b>336.782</b>	<b>336.948</b>

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2008 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2008.1	2008.2	2008.3	2008.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	200.066	401.721	609.210	826.304	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	195.738	395.431	599.464	811.687	
c) Centres de soins de jour	1.902	4.695	7.520	10.500	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	11.239	53.466	152.342	256.039	
e) Prime syndicale	2.206	2.206	2.206	2.206	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	85	85	85	85	
g) Centres de jour palliatifs	0	256	260	260	
<b>Total</b>	<b>411.236</b>	<b>857.860</b>	<b>1.371.087</b>	<b>1.907.081</b>	<b>1.937.649</b>
17. Fin de carrière	28.705	43.556	57.584	71.369	57.961
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	19.512	39.587	59.144	80.037	
b) Initiatives d'habitation protégée	6.848	15.744	24.810	33.163	
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	410	815	1.252	1.709	
<b>Total</b>	<b>26.770</b>	<b>56.146</b>	<b>85.206</b>	<b>114.909</b>	<b>121.410</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	100.948	208.078	309.537	417.338	420.977
20. Fond Spécial	3.503	5.493	7.220	8.692	13.102
21. Logopédie	15.463	31.233	43.293	58.795	63.934
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	238	238	312
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	3.412	6.401	9.812	13.063	20.955
24. Régularisations + Refacturation	-39.197	-71.382	-94.420	-117.525	-67.959
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	95.612	149.572	192.641	278.400	
b) MAF fiscal	-375	-707	-1.063	-1.247	
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>95.237</b>	<b>148.865</b>	<b>191.578</b>	<b>277.153</b>	<b>285.566</b>
26. Patients chroniques	14.643	29.350	51.926	77.307	84.807
27. Soins palliatifs	3.096	6.711	9.033	9.879	10.002
28. Soins palliatifs (patient)	2.525	4.923	7.270	9.697	9.701
29. Matériel corporel humain	2.076	3.574	5.074	7.002	8.613
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes	125	230	334	440	244
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	111	192	290	371	
b) COMA	132	227	349	445	
c) Projets thérapeutiques	105	264	410	553	
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>348</b>	<b>683</b>	<b>1.049</b>	<b>1.369</b>	<b>2.853</b>
32. Internés	148	8.770	17.954	29.401	30.554
33. Sevrage tabac	1	1	1	2	3.250
34. Circuit de soins psychiatriques	32	1.053	1.321	1.602	2.649
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	99.730

<b>Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2008 (en milliers d' EUR) - suite</b>					
<b>Libellé</b>	<b>2008.1</b>	<b>2008.2</b>	<b>2008.3</b>	<b>2008.4</b>	<b>Objectif</b>
36. Fonds assuétudes	0	0	3.000	3.000	3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	73.721	73.721
38. Maisons médicales	0	0	0	0	0
39. SM/SLA/Huntington	0	0	0	0	0
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	5.047
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	
44. Divers	0	1.016	10.058	11.225	20.296
- Affectation fonds d'avenir	0	0	0	0	306.279
- Salde	0	0	0	0	1.387
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>307.666</b>
<b>Total général</b>	<b>5.012.520</b>	<b>10.097.419</b>	<b>15.218.102</b>	<b>20.680.890</b>	<b>21.433.957</b>

Tableau II : 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	
<b>Total médecins</b>	<b>1.622.344</b>	<b>3.279.729</b>	<b>4.896.719</b>	<b>6.637.649</b>	<b>6.752.342</b>
2. a) Honoraires dentaires	182.454	363.300	533.200	723.084	
b) Forfait accréditation	2	7	10.814	10.911	
<b>Total dentistes</b>	<b>182.456</b>	<b>363.307</b>	<b>544.014</b>	<b>733.995</b>	<b>725.299</b>
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	
<b>Total</b>	<b>1.177.739</b>	<b>2.366.487</b>	<b>3.532.864</b>	<b>4.701.152</b>	<b>4.850.422</b>
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	
<b>Total dialyse</b>	<b>87.887</b>	<b>173.228</b>	<b>266.066</b>	<b>359.719</b>	<b>366.686</b>

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2009 (en milliers d'EUR) - suite					
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	
<b>Total</b>	<b>528.272</b>	<b>1.029.522</b>	<b>1.538.950</b>	<b>2.062.415</b>	<b>2.102.965</b>
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
<b>Total</b>	<b>30.688</b>	<b>60.278</b>	<b>91.493</b>	<b>123.600</b>	<b>138.969</b>
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	
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>93.016</b>	<b>144.914</b>	<b>196.952</b>	<b>304.212</b>	<b>339.149</b>
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	
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>460</b>	<b>883</b>	<b>1.238</b>	<b>1.677</b>	<b>2.834</b>
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



<b>Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2009 (en milliers d'EUR) - suite</b>					
<b>Libellé</b>	<b>2009.1</b>	<b>2009.2</b>	<b>2009.3</b>	<b>2009.4</b>	<b>Objectif</b>
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	99.730
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
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>180.315</b>
<b>Total général</b>	<b>5.536.217</b>	<b>11.010.885</b>	<b>16.411.050</b>	<b>22.123.421</b>	<b>23.084.470</b>

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	304.908	603.020	878.112	1.163.106	
b) Imagerie médicale	267.741	544.272	796.850	1.069.431	
c) Consultations, visites et avis	456.253	877.458	1.296.696	1.713.184	
d) Prestations spéciales	292.833	587.061	869.616	1.172.884	
e) Chirurgie	256.342	513.076	763.093	1.030.698	
f) Gynécologie	22.204	44.331	66.697	90.437	
g) Surveillance	91.009	178.704	266.480	356.260	
h) Forfait accréditation médecins	2.858	2.859	8.700	14.072	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	8	6.164	6.329	6.372	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	0	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	13.713	19.509	22.639	29.899	
m) Fonds d'impulsion	1.321	3.506	5.289	7.657	
n) Soutien de la pratique médecine générale	961	1.449	1.642	11.920	
<b>Total médecins</b>	<b>1.710.151</b>	<b>3.381.409</b>	<b>4.982.143</b>	<b>6.665.920</b>	<b>6.867.386</b>
2. a) Honoraires dentaires	190.647	381.393	555.123	744.676	
b) Forfait accréditation	7	14	11.584	11.733	
<b>Total dentistes</b>	<b>190.654</b>	<b>381.407</b>	<b>566.707</b>	<b>756.409</b>	<b>773.864</b>
3. Prestations pharmaceutiques	1.049.256	2.103.970	3.145.358	4.249.733	4.179.054
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	257.034	523.812	787.494	1.056.150	1.083.653
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.365	12.524	21.853	21.924	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	4.626.531	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	47.763	97.457	146.981	200.764	
<b>Total</b>	<b>1.170.480</b>	<b>2.363.296</b>	<b>3.575.596</b>	<b>4.827.295</b>	<b>5.022.137</b>
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	
<b>Total dialyse</b>	<b>91.580</b>	<b>180.073</b>	<b>269.356</b>	<b>370.813</b>	<b>376.821</b>

Tableau III : 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	267.915	519.322	777.401	1.045.142	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	215.012	417.858	626.811	846.297	
c) Centres de soins de jour	3.457	6.788	10.250	13.843	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.242	149.678	215.801	281.847	
e) Prime syndicale	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	189	189	10.983	13.012	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	542	542	
<b>Total</b>	<b>572.110</b>	<b>1.096.130</b>	<b>1.644.083</b>	<b>2.202.978</b>	<b>2.180.172</b>
17. Fin de carrière	34.883	54.081	72.955	91.956	82.000
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	21.683	41.836	63.967	86.870	99.353
b) Initiatives d'habitation protégée	9.474	18.305	27.251	36.464	42.156
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	550	1.085	1.677	2.247	2.330
<b>Total</b>	<b>31.707</b>	<b>61.226</b>	<b>92.895</b>	<b>125.581</b>	<b>143.839</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	113.104	232.538	347.220	474.632	513.851
20. Fond Spécial	4.024	8.220	10.164	18.995	14.412
21. Logopédie	18.085	36.918	51.348	70.045	67.729
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	6.168	12.171	18.565	26.247	26.183
24. Régularisations + Refacturation	-49.560	-77.491	-100.696	-125.452	-67.959
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	120.855	173.310	223.317	326.335	
b) MAF fiscal	0	0	0	0	
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>120.855</b>	<b>173.310</b>	<b>223.317</b>	<b>326.335</b>	<b>355.628</b>
26. Patients chroniques	20.607	35.572	55.500	85.298	88.666
27. Soins palliatifs	3.450	7.174	9.939	10.466	11.823
28. Soins palliatifs (patient)	3.117	6.191	9.288	12.325	12.844
29. Matériel corporel humain	1.435	2.678	4.426	5.592	10.232
30. 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	
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>319</b>	<b>653</b>	<b>1.028</b>	<b>1.403</b>	<b>2.614</b>
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

<b>Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 (en milliers d'EUR) - suite</b>					
<b>Libellé</b>	<b>2010.1</b>	<b>2010.2</b>	<b>2010.3</b>	<b>2010.4</b>	<b>Objectif</b>
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. Divers	414	1.873	2.289	9.789	59.619
- Affectation fonds d'avenir					294.189
- Initiatives 2010 BMF					33.859
- Contributions sécurité sociale équilibre					350.000
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>678.048</b>
<b>Total général</b>	<b>5.744.166</b>	<b>11.368.427</b>	<b>16.931.310</b>	<b>22.826.873</b>	<b>24.249.164</b>

<b>Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2008 - 2009 en %</b>				
<b>Libellé</b>	<b>2009.1</b>	<b>2009.2</b>	<b>2009.3</b>	<b>2009.4</b>
	<b>2008.1</b>	<b>2008.2</b>	<b>2008.3</b>	<b>2008.4</b>
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	5,0	5,1	7,5	11,3
b) Imagerie médicale	4,6	7,7	6,9	7,7
c) Consultations, visites et avis	6,8	6,1	6,2	7,5
d) Prestations spéciales	5,9	5,4	5,0	5,9
e) Chirurgie	3,9	5,8	5,0	5,9
f) Gynécologie	10,7	10,1	9,3	9,4
g) Surveillance	14,3	14,0	13,4	13,8
h) Forfait accréditation médecins	22,5	30,5	7,2	17,1
i) Forfait dossier médical	0,0	0,0	0,0	0,0
j) Forfait télématique	150,0	-0,8	4,2	4,3
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0	-100,0	-100,0	-100,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	-7,1	11,7	98,8	18,5
m) Fonds d'impulsion	197,2	196,6	277,5	221,5
n) Soutien de la pratique médecine générale	0,0	0,0	0,0	15,2
<b>Total médecins</b>	<b>6,1</b>	<b>6,6</b>	<b>6,9</b>	<b>8,2</b>
2. a) Honoraires dentaires	11,9	9,9	9,6	9,3
b) Forfait accréditation	-94,9	-82,1	9,9	5,2
<b>Total dentistes</b>	<b>11,9</b>	<b>9,9</b>	<b>9,6</b>	<b>9,3</b>
3. Prestations pharmaceutiques	8,1	5,8	4,2	4,1
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Frais spécifiques services soins à domicile	3,0	-37,0	5,9	5,9
6. Soins par kinésithérapeutes	9,9	10,3	8,8	9,1
7. Soins par bandagistes	6,0	7,0	7,8	8,4
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	5,6	6,6	4,6	4,8
10. Soins par opticiens	90,0	87,2	74,1	54,5
11. Soins par audiciens	33,9	38,0	40,6	33,3
12. Accouchements par accoucheuses	13,8	11,5	11,5	12,8
13. Prix de la journée d'entretien	11,1	11,8	10,0	7,1
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	14,7	13,6	11,3	12,3
<b>Total</b>	<b>11,3</b>	<b>11,9</b>	<b>10,1</b>	<b>7,3</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	-38,1	89,3	24,3	25,2
15. Dialyse				
a) Médecins	6,0	7,1	6,3	7,5
b) Forfait dialyse rénale	5,8	6,8	5,3	6,4
c) A domicile, dans un centre	4,0	1,6	3,9	6,4
d) Dialyse de nuit	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total dialyse</b>	<b>5,4</b>	<b>5,5</b>	<b>5,3</b>	<b>6,8</b>

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2008 - 2009 en % - suite				
Libellé	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
	2008.1	2008.2	2008.3	2008.4
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	16,6	15,8	15,0	14,4
b) Maisons de repos pour personnes âgées	6,4	4,6	3,9	3,2
c) Centres de soins de jour	62,6	28,3	23,9	21,6
d) Harmonisation salariale personnel MRS	624,9	166,3	33,5	3,2
e) Prime syndicale	4,0	4,0	4,0	4,0
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-100,0	83,5	83,5	127,1
g) Centres de jour palliatifs	0,0	-100,0	-100,0	-100,0
<b>Total</b>	<b>28,5</b>	<b>20,0</b>	<b>12,2</b>	<b>8,1</b>
17. Fin de carrière	3,1	5,5	8,4	10,6
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	9,8	5,7	7,3	7,3
b) Initiatives d'habitation protégée	28,4	10,9	6,9	7,7
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	15,4	17,9	19,0	16,2
<b>Total</b>	<b>14,6</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>	<b>7,6</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	6,2	5,6	5,7	6,9
20. Fond Spécial	18,6	4,4	-7,1	29,5
21. Logopédie	7,0	8,9	9,7	10,7
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0	0,0	-98,7	-98,7
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	-1,5	11,1	26,7	44,2
24. Régularisations + Refacturation	-70,0	-26,2	-19,1	-11,1
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-2,3	-2,6	2,9	9,8
b) MAF fiscal	-5,9	6,8	11,6	13,0
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>-2,3</b>	<b>-2,7</b>	<b>2,8</b>	<b>9,8</b>
26. Patients chroniques	17,8	10,5	1,3	3,7
27. Soins palliatifs	8,1	3,8	3,3	2,8
28. Soins palliatifs (patient)	11,0	18,3	20,5	21,0
29. Matériel corporel humain	-20,9	-22,4	-23,8	-17,2
30. Equipes multidisciplinaires voitures	-15,2	-12,2	-4,5	6,1
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	9,9	13,5	8,3	8,1
b) COMA	-15,2	7,5	3,2	10,8
c) Projets thérapeutiques	115,2	59,5	37,6	41,6
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>32,2</b>	<b>29,3</b>	<b>18,0</b>	<b>22,5</b>

<b>Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2008 - 2009 en % - suite</b>				
<b>Libellé</b>	<b>2009.1</b>	<b>2009.2</b>	<b>2009.3</b>	<b>2009.4</b>
	<b>2008.1</b>	<b>2008.2</b>	<b>2008.3</b>	<b>2008.4</b>
32. Internés	-56,1	-60,7	-15,4	-10,0
33. Sevrage tabac	0,0	0,0	100,0	2.400,0
34. Circuit de soins psychiatriques	234,4	85,8	48,1	25,8
35. Provision de stabilité	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds assuétudes	0,0	0,0	-92,2	-77,5
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0,0	0,0	0,0	-100,0
38. Maisons médicales	0,0	0,0	0,0	0,0
39. SM/SLA/Huntington	0,0	0,0	0,0	0,0
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	0,0	122,8	-74,4	-33,9
<b>Total général</b>	<b>10,4</b>	<b>9,0</b>	<b>7,8</b>	<b>7,0</b>

Tableau V : 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	2,2	1,8	2,1	-0,1
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
<b>Total médecins</b>	<b>5,4</b>	<b>3,1</b>	<b>1,7</b>	<b>0,4</b>
2. a) Honoraires dentaires	4,5	5,0	4,1	3,0
b) Forfait accréditation	250,0	100,0	7,1	7,5
<b>Total dentistes</b>	<b>4,5</b>	<b>5,0</b>	<b>4,2</b>	<b>3,1</b>
3. Prestations pharmaceutiques	0,3	1,4	2,5	3,1
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	8,5	7,3	6,2	6,4
5. Frais spécifiques services soins à domicile	24,8	50,8	25,4	25,8
6. Soins par kinésithérapeutes	8,1	7,0	6,5	5,6
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
<b>Total</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,1</b>	<b>1,2</b>	<b>2,7</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	39,5	-49,8	-10,3	-19,7



<b>Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2009 - 2010 en % - suite</b>				
<b>Libellé</b>	<b>2010.1</b>	<b>2010.2</b>	<b>2010.3</b>	<b>2010.4</b>
	<b>2009.1</b>	<b>2009.2</b>	<b>2009.3</b>	<b>2009.4</b>
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
<b>Total dialyse</b>	<b>4,2</b>	<b>4,0</b>	<b>1,2</b>	<b>3,1</b>
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	14,9	11,7	10,9	10,5
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
<b>Total</b>	<b>8,3</b>	<b>6,5</b>	<b>6,8</b>	<b>6,8</b>
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
<b>Total</b>	<b>3,3</b>	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>
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
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>29,9</b>	<b>19,6</b>	<b>13,4</b>	<b>7,3</b>
26. Patients chroniques	19,5	9,7	5,5	6,4
27. Soins palliatifs	3,1	3,0	6,5	3,1

Tableau V : 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
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 voiturettes	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
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>-30,7</b>	<b>-26,0</b>	<b>-17,0</b>	<b>-16,3</b>
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
<b>Total général</b>	<b>3,8</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2010 dans l'objectif 2010

Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
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
<b>Total médecins</b>	<b>24,9</b>	<b>49,2</b>	<b>72,5</b>	<b>97,1</b>
2. a) Honoraires dentaires	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Forfait accréditation	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total dentistes</b>	<b>24,6</b>	<b>49,3</b>	<b>73,2</b>	<b>97,7</b>
3. Prestations pharmaceutiques	25,1	50,3	75,3	101,7
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	23,7	48,3	72,7	97,5
5. Frais spécifiques services soins à domicile	55,2	66,7	116,3	116,7
6. Soins par kinésithérapeutes	26,1	52,5	76,1	101,0
7. Soins par bandagistes	23,3	49,3	75,0	102,3
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	20,1	39,9	59,7	80,9
10. Soins par opticiens	20,6	40,6	58,6	76,8
11. Soins par audiciens	28,3	54,0	81,1	107,8
12. Accouchements par accoucheuses	23,6	48,1	73,0	99,1
13. Prix de la journée d'entretien	0,0	0,0	0,0	0,0
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>23,3</b>	<b>47,1</b>	<b>71,2</b>	<b>96,1</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	18,5	27,9	68,7	88,3

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2010 dans l'objectif 2010 - suite

Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
15. Dialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
a) Médecins	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Forfait dialyse rénale	0,0	0,0	0,0	0,0
c) A domicile, dans un centre	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Dialyse de nuit	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total dialyse</b>	<b>24,3</b>	<b>47,8</b>	<b>71,5</b>	<b>98,4</b>
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
<b>Total</b>	<b>26,2</b>	<b>50,3</b>	<b>75,4</b>	<b>101,0</b>
17. Fin de carrière	42,5	66,0	89,0	112,1
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	21,8	42,1	64,4	87,4
b) Initiatives d'habitation protégée	22,5	43,4	64,6	86,5
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	23,6	46,6	72,0	96,4
<b>Total</b>	<b>22,0</b>	<b>42,6</b>	<b>64,6</b>	<b>87,3</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	22,0	45,3	67,6	92,4
20. Fond Spécial	27,9	57,0	70,5	131,8
21. Logopédie	26,7	54,5	75,8	103,4
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0	0,0	0,0	0,0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	23,6	46,5	70,9	100,2
24. Régularisations + Refacturation	72,9	114,0	148,2	184,6
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	0,0	0,0	0,0	0,0
b) MAF fiscal	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>34,0</b>	<b>48,7</b>	<b>62,8</b>	<b>91,8</b>
26. Patients chroniques	23,2	40,1	62,6	96,2
27. Soins palliatifs	29,2	60,7	84,1	88,5
28. Soins palliatifs (patient)	24,3	48,2	72,3	96,0
29. Matériel corporel humain	14,0	26,2	43,3	54,7

**Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2010 dans l'objectif 2010 - suite**

<b>Libellé</b>	<b>2010.1</b>	<b>2010.2</b>	<b>2010.3</b>	<b>2010.4</b>
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes	26,4	49,9	79,0	106,8
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	0,0	0,0	0,0	0,0
b) COMA	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Projets thérapeutiques	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>12,2</b>	<b>25,0</b>	<b>39,3</b>	<b>53,7</b>
32. Internés	27,6	42,7	61,3	113,1
33. Sevrage tabac	3,4	8,0	12,5	17,9
34. Circuit de soins psychiatriques	0,0	54,9	62,5	64,1
35. Provision de stabilité	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds assuétudes	47,7	100,0	100,0	100,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Maisons médicales	25,0	51,3	76,8	104,8
39. SM/SLA/Huntington	13,2	29,6	45,9	62,2
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	0,7	3,1	3,8	16,4
<b>Total général</b>	<b>23,7</b>	<b>46,9</b>	<b>69,8</b>	<b>94,1</b>

**Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs**

Libellé	Mars 2010 (1)	Juin 2010 (2)	Septembre 2010 (3)	Décembre 2010 (4)
<b>1. Honoraires médicaux</b>				
a) Biologie clinique	12,92	12,06	6,14	-2,94
b) Imagerie médicale	8,09	5,10	2,82	-0,35
c) Consultations, visites et avis	6,22	5,20	4,29	-0,09
d) Prestations spéciales	5,09	4,60	3,92	2,69
e) Chirurgie	5,89	4,05	4,38	3,18
f) Gynécologie	7,05	4,05	1,88	0,32
g) Surveillance	11,74	8,28	6,22	3,73
h) Forfait accréditation médecins	1,43	-35,31	-0,09	-9,88
i) Forfait dossier médical	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
j) Forfait télématique	4,25	14,22	6,04	6,56
k) Contrôle de qualité biologie clinique	-100,00			
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	50,06	33,18	-21,25	-16,12
m) Fonds d'impulsion	117,70	48,97	-13,42	-13,46
n) Soutien de la pratique médecine générale	26,92	22,06	14,27	26,41
<b>Total médecins</b>	<b>7,97</b>	<b>6,33</b>	<b>4,19</b>	<b>0,43</b>
<b>2. a) Honoraires dentaires</b>	<b>7,40</b>	<b>6,75</b>	<b>5,22</b>	<b>2,99</b>
b) Forfait accréditation	5,66	5,63	3,00	7,53
<b>Total dentistes</b>	<b>7,37</b>	<b>6,74</b>	<b>5,18</b>	<b>3,05</b>
<b>3. Prestations pharmaceutiques</b>	<b>2,13</b>	<b>1,91</b>	<b>2,78</b>	<b>3,14</b>
<b>4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier</b>	<b>8,02</b>	<b>8,39</b>	<b>6,04</b>	<b>6,42</b>
<b>5. Frais spécifiques services soins à domicile</b>	<b>16,62</b>	<b>86,65</b>	<b>25,35</b>	<b>25,76</b>
<b>6. Soins par kinésithérapeutes</b>	<b>8,64</b>	<b>7,44</b>	<b>7,33</b>	<b>5,64</b>
<b>7. Soins par bandagistes</b>	<b>10,62</b>	<b>11,60</b>	<b>11,46</b>	<b>11,19</b>
<b>8. Soins par orthopédistes</b>	<b>7,13</b>	<b>7,92</b>	<b>8,88</b>	<b>5,23</b>
<b>9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables</b>	<b>4,67</b>	<b>3,45</b>	<b>5,68</b>	<b>6,24</b>
<b>10. Soins par opticiens</b>	<b>29,58</b>	<b>13,78</b>	<b>5,18</b>	<b>1,10</b>
<b>11. Soins par audiciens</b>	<b>29,89</b>	<b>22,12</b>	<b>13,65</b>	<b>11,91</b>
<b>12. Accouchements par accoucheuses</b>	<b>11,35</b>	<b>11,96</b>	<b>9,81</b>	<b>7,19</b>
<b>13. Prix de la journée d'entretien</b>	<b>4,15</b>	<b>1,24</b>	<b>0,67</b>	<b>2,69</b>
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	8,82	6,09	5,27	2,61
<b>Total</b>	<b>4,33</b>	<b>1,44</b>	<b>0,86</b>	<b>2,68</b>

(1) Mars 2010 = (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009) / (3 premiers mois 2009 + 9 derniers mois 2008)

(2) Juin 2010 = (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009) / (6 premiers mois 2009 + 6 derniers mois 2008)

(3) Septembre 2010 = (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009) / (9 premiers mois 2009 + 3 derniers mois 2008)

(4) Décembre 2010 = (12 mois 2010) / (12 mois 2009)

<b>Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite</b>				
<b>Libellé</b>	<b>Mars 2010 (1)</b>	<b>Juin 2010 (2)</b>	<b>Septembre 2010 (3)</b>	<b>Décembre 2010 (4)</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	44,64	-27,75	-0,71	-19,69
15. Dialyse				
a) Médecins	6,85	5,03	3,39	2,77
b) Forfait dialyse rénale	5,69	4,29	2,58	1,84
c) A domicile, dans un centre	7,01	9,70	5,47	5,15
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>6,49</b>	<b>6,01</b>	<b>3,66</b>	<b>3,08</b>
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	14,04	12,37	11,35	10,54
b) Maisons de repos pour personnes âgées	2,44	1,42	0,69	1,06
c) Centres de soins de jour	12,38	14,45	11,45	8,39
d) Harmonisation salariale personnel MRS	-18,45	-21,26	-9,85	6,64
e) Prime syndicale	0,00	0,00	0,00	0,00
f) Renouvellements de soins (art. 56)		44,87	6.964,10	6.641,97
g) Centres de jour palliatifs	-100,00	-100,00		
<b>Total</b>	<b>4,06</b>	<b>2,42</b>	<b>4,46</b>	<b>6,82</b>
17. Fin de carrière	16,53	18,03	17,44	16,49
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	5,12	4,32	2,37	1,15
b) Initiatives d'habitation protégée	3,73	4,86	4,54	2,05
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	16,42	13,75	11,61	13,14
<b>Total</b>	<b>4,87</b>	<b>4,63</b>	<b>3,14</b>	<b>1,60</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	6,75	7,03	7,14	6,35
20. Fond Spécial	19,03	53,79	79,94	68,77
21. Logopédie	11,25	10,35	9,49	7,64
22. Centres médicaux-pédiatriques	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	66,33	73,46	59,18	39,32
24. Régularisations + Refacturation	57,87	30,89	29,50	20,10
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	20,62	21,41	16,52	6,78
b) MAF fiscal	-13,80	-49,50	-83,72	-100,00
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>20,78</b>	<b>21,74</b>	<b>17,01</b>	<b>7,27</b>
(1) Mars 2010 = (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009) / (3 premiers mois 2009 + 9 derniers mois 2008)				
(2) Juin 2010 = (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009) / (6 premiers mois 2009 + 6 derniers mois 2008)				
(3) Septembre 2010 = (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009) / (9 premiers mois 2009 + 3 derniers mois 2008)				
(4) Décembre 2010 = (12 mois 2010) / (12 mois 2009)				

**Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite**

Libellé	Mars 2010 (1)	Juin 2010 (2)	Septembre 2010 (3)	Décembre 2010 (4)
26. Patients chroniques	4,53	3,66	6,53	6,41
27. Soins palliatifs	1,27	2,21	5,79	3,07
28. Soins palliatifs (patient)	20,72	14,16	9,59	5,07
29. Matériel corporel humain	-14,86	-7,95	9,86	-3,60
30. Equipes multidisciplinaires voitures	16,15	23,06	24,94	10,92
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-4,71	-6,05	-9,37	-8,98
b) COMA	17,41	7,58	10,75	-1,62
c) Projets thérapeutiques	-0,15	-18,73	-14,57	-29,37
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>3,71</b>	<b>-7,78</b>	<b>-5,84</b>	<b>-16,34</b>
32. Internés	20,32	52,66	16,41	37,45
33. Sevrage tabac	8.250,00	16.050,00	15.733,33	1.122,00
34. Circuit de soins psychiatriques	13,83	-30,82	-12,25	-3,08
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	-29,77	22,53	1.370,94	343,79
37. Montants de rattrapage hôpitaux	-100,00	-100,00	-100,00	
38. Maisons médicales				
39. SM/SLA/Huntington		150,53	140,01	78,92
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Divers	-45,88	-43,63	91,01	31,89
<b>Total général</b>	<b>5,31</b>	<b>4,11</b>	<b>3,52</b>	<b>3,18</b>

(1) Mars 2010 = (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009) / (3 premiers mois 2009 + 9 derniers mois 2008)

(2) Juin 2010 = (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009) / (6 premiers mois 2009 + 6 derniers mois 2008)

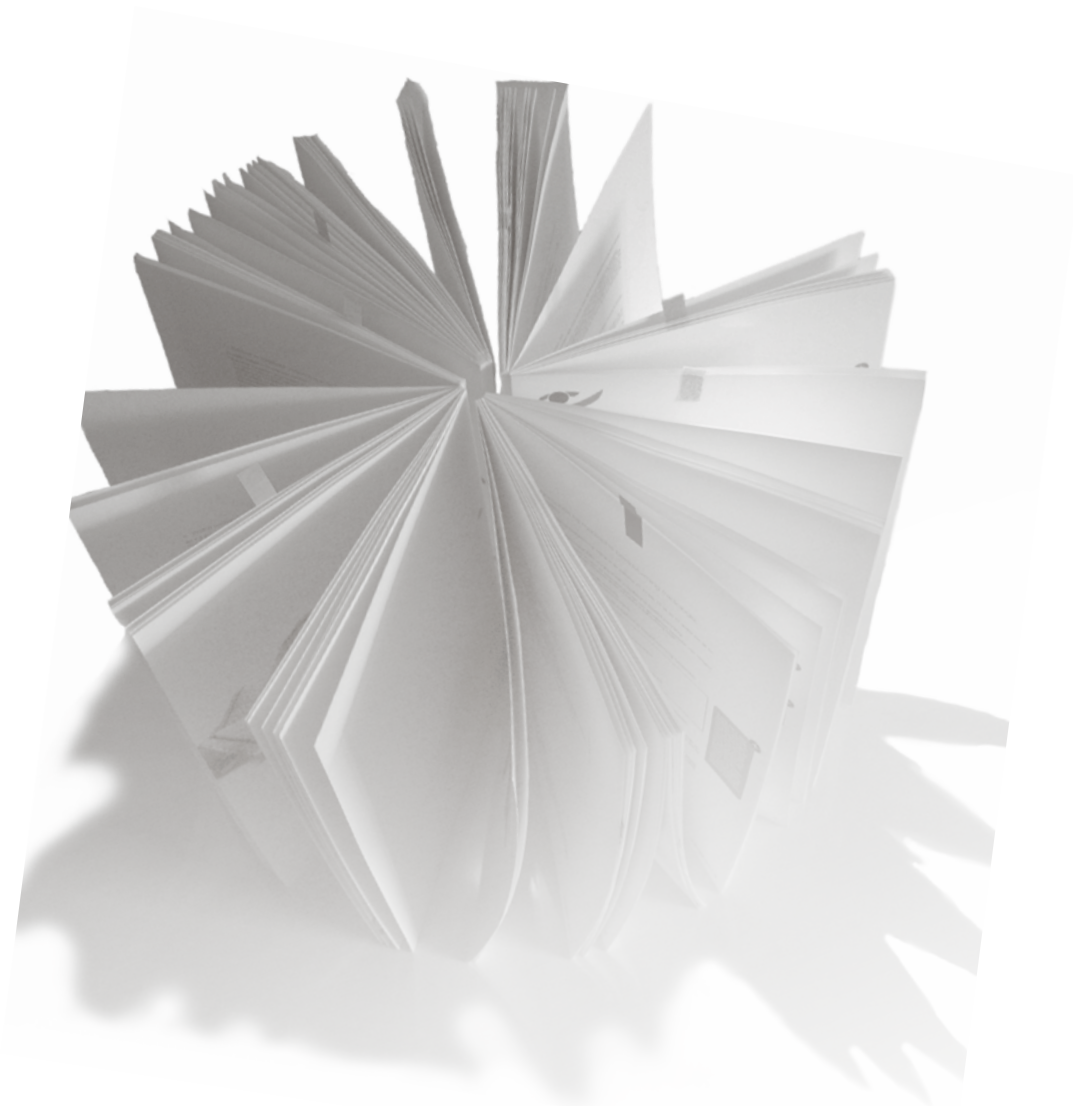
(3) Septembre 2010 = (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009) / (9 premiers mois 2009 + 3 derniers mois 2008)

(4) Décembre 2010 = (12 mois 2010) / (12 mois 2009)



# 8<sup>e</sup> Partie

## Bibliographie



# Évolutions de la sécurité sociale 2006 - 2011 (Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2006-2011)<sup>1</sup>

Éditeurs : J. Put et V. Verdeyen

Pour l'Institut de droit social de l'université catholique de Leuven (K.U.L.), organiser des cycles de journées d'étude qui jettent un regard rétrospectif sur les cinq dernières années est une tradition. La première édition fut organisée en 1965. Ensemble, ces cycles couvrent maintenant pas moins d'un demi-siècle. Cela fait de cet ouvrage le manuel le plus approfondi sur la sécurité sociale vue sous l'angle le plus spécifique à ce domaine, à savoir l'évolution constante.

Cet ouvrage porte sur la période 2006-2010/11. Il concerne la matière parue entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 1<sup>er</sup> janvier 2011 au Moniteur belge ou, pour ce qui concerne la jurisprudence et la doctrine, dans les revues juridiques.

Cette fois encore, les auteurs - une quinzaine au total - ont été soigneusement sélectionnés dans diverses sphères : les pouvoirs publics, la magistrature, le barreau et le milieu universitaire.

Après une contribution "transversale" sur le droit européen de la sécurité sociale, l'ouvrage revient à une structure relativement traditionnelle, avec des nuances importantes cependant. Les trois premiers chapitres traitent (essentiellement) du champ d'application et de la réglementation sur les cotisations des trois grands régimes de sécurité sociale : les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants et les fonctionnaires. Sont ensuite étudiées les diverses prestations de protection sociale (les secteurs) : les accidents de travail, les maladies professionnelles, l'assurance-maladie (soins de santé et indemnités), le chômage, les pensions, les allocations familiales, les allocations aux personnes handicapées et, enfin, le revenu d'intégration sociale et l'aide sociale du CPAS. Cette approche par secteurs garantit l'exhaustivité et la maniabilité. Toutefois, la tendance à l'intégration entamée au cours du cycle précédent est maintenant totale. En effet, les différents régimes (du moins ceux des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants ainsi que les systèmes résiduels) sont passés en revue pour tous les secteurs et tant la législation que la jurisprudence sont abordées de façon intégrée.

Les auteurs se sont à nouveau efforcés de réduire quelque peu le volume du livre. Leur souhait demeure que les contributions figurant dans cet ouvrage aient et conservent une grande valeur du point de vue documentaire et doctrinaire. C'est pourquoi ils ont choisi de traiter toutes les évolutions pertinentes dans les divers secteurs. Pourtant, une approche "encyclopédique" consistant à étudier l'ensemble des modifications législatives pertinentes et toute la jurisprudence n'est pratiquement plus possible ni même souhaitable dans le contexte actuel du droit. L'accent est donc mis sur une sélection motivée et une approche plus thématique. Les principales évolutions et les liens entre elles remplacent les détails techniques.

(Traduction)

<sup>1</sup> Die Keure, Kleine Pathoekeweg 3, 8000 Brugge – Tél.: 050/47 12 72 – Fax: 050/33 51 54 – E-mail: [juridische.uitgaven@diekeure.be](mailto:juridische.uitgaven@diekeure.be) – Site web : [www.diekeure.be](http://www.diekeure.be) – ISBN 978 90 4861 087 7.