

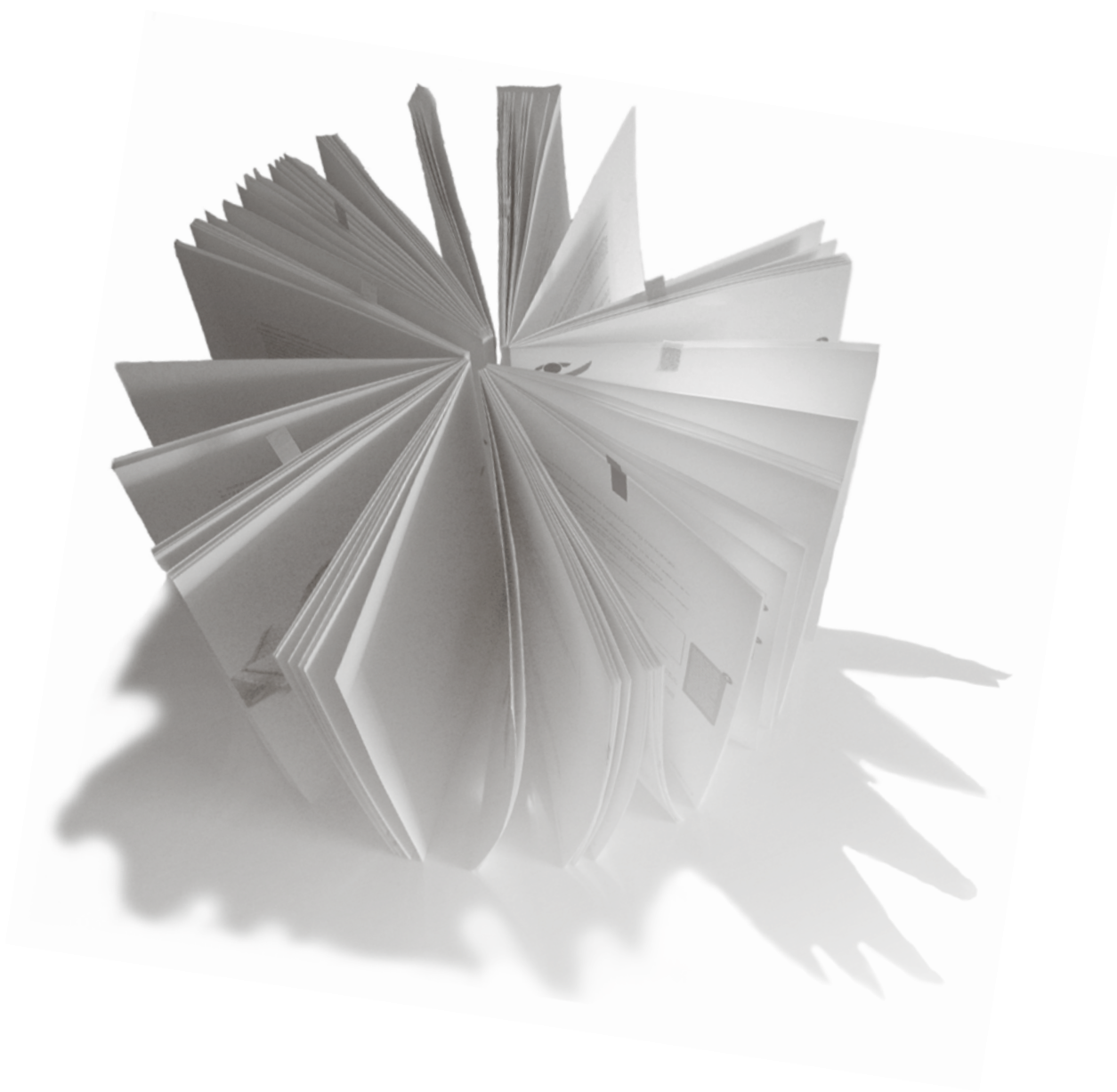
# Sommaire

1 <sup>re</sup> Partie - Études <sup>1</sup>	153
L'obligation de cotisations dans le cadre de l'assurance soins de santé, par E. Provoost	154
2 <sup>e</sup> Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	163
1 <sup>er</sup> trimestre 2011	164
3 <sup>e</sup> Partie - Jurisprudence	173
Chronique de jurisprudence du Conseil d'État (1995-2010)	174
I. Cour constitutionnelle, arrêt n° 114/2011 du 23 juin 2011 Loi du 6 janvier 1989, article 2 Loi du 14 juillet 1994, articles 51 et 73 Conclusion d'accords médico-mutualistes - Promotion de la prescription des médicaments les moins onéreux - Fondement juridique - Manque d'intérêt	193
II. Cour du travail de Mons, 13 juillet 2011 Loi du 14 juillet 1994, article 100 Incapacité de travail - Groupe de profession - Expertise - Éléments autres que ceux relatifs à l'état de santé - Dérogation au rapport d'expertise	197
III. Cour du travail d'Anvers, section de Hasselt, 13 janvier 2011 Loi du 14 juillet 1994, article 100 Arrêté royal du 10 janvier 1969, article 2, 1° et 6° Compétence du Tribunal du travail - Sanction de l'assuré - Procédure au pénal - Absence d'autorité de la chose jugée	198
4 <sup>e</sup> Partie - Questions et réponses parlementaires	203
I. Indemnités Invalidité par groupe de maladie - Évolution - Explication	204
II. Médicaments Dépenses - Mesures de contrôle	208
III. Médicaments Consommation - Autres pays européens - Mesures de contrôle	210

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

IV. Indemnités	
Fraude - Action - Pays-Bas - Belgique	213
V. Médicaments	
Médicaments bon marché - Consommation - Éventuels effets indésirables	219
5 <sup>e</sup> Partie - Directives	221
I. Le champ d'application personnel des normes européennes de sécurité sociale après l'entrée en vigueur du Règlement (C.E.) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale	222
II. Statut social des mandataires locaux non protégés	225
6 <sup>e</sup> Partie - Données de base	231
I. Adaptation des indemnités à l'indice santé Introduction d'une prime de rattrapage après un an d'incapacité de travail	232
II. Tarifs et remboursements des prestations de santé	249
7 <sup>e</sup> Partie - Statistiques	251
Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1 <sup>er</sup> trimestre 2011	252
8 <sup>e</sup> Partie - Prix des publications	273
Publications de l'INAMI et tarifs pour 2012	274

# 1<sup>re</sup> Partie Études



# L'obligation de cotisations dans le cadre de l'assurance soins de santé

Par Elke Provoost, Service des soins de santé

## 1. Introduction

Pour pouvoir bénéficier, au cours d'une année déterminée, de prestations de l'assurance obligatoire soins de santé, l'intéressé doit remplir deux conditions pour l'année de référence (la 2<sup>e</sup> année civile qui précède)<sup>1</sup>:

- avoir la qualité<sup>2</sup> de titulaire<sup>3</sup>
- respecter des conditions de cotisations pour l'année de référence.

Cet exposé détaille cette obligation de cotisations de l'assurance soins de santé. Suite aux évolutions de l'assurance, qui ont donné lieu à quelques ajouts et modifications importants au cours de ces dernières décennies, la question de la cohérence se pose.

## 2. Aperçu du régime des cotisations de l'assurance soins de santé

Le régime des cotisations de l'assurance soins de santé est partiellement compris dans le régime relatif aux cotisations sociales et partiellement spécifique à l'assurance.

Les personnes qui, de par leur position sur le marché du travail, paient des cotisations sociales et peuvent ouvrir des droits sociaux, satisfont, en principe, à l'obligation de cotisations pour cette assurance. Il s'agit, en l'occurrence, des travailleurs salariés, des travailleurs indépendants et des fonctionnaires.

Outre ce régime "historique" qui s'est développé au fil du temps, l'assurance s'est élargie en 1998 aux personnes sans lien avec une situation de travail. Ces personnes peuvent également être bénéficiaires de l'assurance, à condition qu'elles s'inscrivent dans une des qualités décrites à l'article 32 de la loi SSI et qu'elles remplissent l'obligation de cotisations correspondante.

1. Art. 121-123 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994, M.B. du 27.08.1994, err., M.B. du 13.12.1994 (appelée loi SSI) et art. 131 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 31.07.1996 (appelé A.R. du 03.07.1996).  
2. Art. 32 de la loi SSI.  
3. À noter qu'un titulaire peut toujours choisir l'option la plus avantageuse pour lui au moment de s'inscrire dans une qualité déterminée (pour autant qu'il remplisse les conditions).

## a. Cotisations sociales : travailleurs salariés, travailleurs indépendants et fonctionnaires

### COTISATIONS SOCIALES GÉNÉRALES

La loi du 29 juin 1981<sup>4</sup> fixe les principes relatifs aux cotisations sociales. Les cotisations sont prélevées sur le salaire du travailleur salarié à raison d'un pourcentage fixe (37,86 %). Elles sont subdivisées en cotisations patronales (24,79 %) et en cotisations salariales (13,07 %). L'Office national de sécurité sociale (ONSS) perçoit ces cotisations.

Les travailleurs indépendants paient une cotisation de sécurité sociale trimestrielle au Fonds d'assurance social auquel ils sont affiliés. Cette cotisation s'exprime en un pourcentage des revenus professionnels<sup>5</sup> de l'année de référence<sup>6</sup>. Une cotisation minimale (621,65 EUR par trimestre) et une cotisation maximale (3 759,12 EUR par trimestre) sont fixées pour le travailleur indépendant. Les pourcentages de cotisations représentent 22 % des revenus professionnels nets n'excédant pas 52 378,55 EUR (première tranche) et 14,16 % des revenus compris entre le montant précité et 77 189,40 EUR (deuxième tranche)<sup>7</sup>.

Ces cotisations sociales sont perçues pour plusieurs secteurs de la sécurité sociale, dont l'assurance soins de santé. Pour les travailleurs salariés (à l'exception des fonctionnaires), il s'agit également de cotisations pour les secteurs des indemnités, du chômage, des pensions, des accidents de travail et des maladies professionnelles, des allocations familiales et des vacances annuelles<sup>8</sup>. Les travailleurs indépendants contribuent également aux secteurs des allocations familiales, des pensions, des indemnités de l'assurance faillite<sup>9</sup> et de l'assurance maternité<sup>10</sup>.

La gestion globale a été instaurée en 1994. Depuis lors, les institutions ne sont plus financées en fonction des ressources financières de leur secteur mais plutôt selon leurs besoins.

### COTISATION SOCIALE, SECTEUR ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

La cotisation pour l'assurance soins de santé représente 7,35 % (3,55 % cotisation salariale et 3,80 % cotisation patronale) du salaire du **travailleur salarié**<sup>11</sup> ; elle doit atteindre un minimum de 416,08 EUR<sup>12</sup> pour permettre l'ouverture de droits.

En 2007, la Direction actuariat du Service des soins de santé de l'INAMI a examiné (à partir des données de 2006) quel pourcentage des cotisations d'un **travailleur indépendant** ayant payé la cotisation minimale dans le cadre du statut social avait été versé au secteur des soins de santé. Cette analyse s'est effectuée avant l'intégration des "petits risques" pour les travailleurs indépendants dans l'assurance soins de santé. À l'époque, cela représentait 5,98 % du pourcentage total des cotisations de 19,65 %. L'intégration des petits risques a permis d'augmenter, de 19,65 % à 22 %, les cotisations sociales sur la première tranche de revenus. La cotisation de 14,16 % sur la deuxième tranche de revenus a été maintenue.

4. Loi du 29.06.1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, M.B. du 02.07.1981.

5. Art. 11, § 1<sup>er</sup>, de l'A.R. n° 38 du 27.07.1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, M.B. du 29.07.1967, err. M.B. du 02.12.1967 (appelé A.R. n° 38).

6. Troisième année civile précédant l'année où la cotisation est due.

7. Art. 12 de l'A.R. n° 38. Voir aussi [www.inasti.be](http://www.inasti.be), montants pour 2011.

8. Art. 21 de la loi du 29.06.1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, M.B. du 02.07.1981.

9. Art. 1<sup>er</sup> de l'A.R. n° 38 du 27.07.1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, M.B. du 29.07.1967.

10. Art. 2 de l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 07.08.1971.

11. Art. 38, § 2, 4<sup>o</sup>, et § 3, 4<sup>o</sup>, de la loi du 29.06.1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, M.B. du 02.07.1981.

12. (7,35 %) sur un salaire de 5 660,96 EUR, circulaire O.A. n° 2011/67 du 14.02.2011, rubrique 271/59 – bons de cotisations année civile 2011.

Pour les **fonctionnaires**, il n'existe pas de structure univoque en matière de cotisations<sup>13</sup>. Tous les agents de la fonction publique contribuent à l'assurance soins de santé (cotisation salariale de 3,55 % et cotisation patronale de 3,80 %) <sup>14</sup>. Différents régimes sont prévus pour les autres secteurs de la sécurité sociale, en fonction du statut du fonctionnaire (statutaire ou contractuel) et de l'autorité qui l'emploie.

- les agents non statutaires de services publics locaux ou provinciaux doivent contribuer aux secteurs des indemnités, du chômage et des pensions de retraite et de survie
- il existe des cotisations sociales propres au secteur local : les employeurs doivent payer des cotisations patronales pour les secteurs des allocations familiales et des maladies professionnelles
- les cotisations aux pensions des administrations locales dépendent de l'affiliation à un régime de pensions déterminé.

Du fait de la spécificité de ces trois régimes, il semble y avoir davantage de divergences que de similitudes en termes de cotisations :

- la différence entre, d'une part, les pourcentages de cotisations proportionnels et, d'autre part, les pourcentages de cotisations dégressifs chez les travailleurs salariés/fonctionnaires et les travailleurs indépendants est renforcée du fait que les plafonds de revenus ne sont plus applicables dans le régime des travailleurs salariés/fonctionnaires, contrairement au régime des travailleurs indépendants
- un travailleur indépendant paie une cotisation minimale, indépendamment de ses revenus, ce que l'on ne retrouve pas dans le régime des travailleurs salariés et des fonctionnaires
- contrairement au régime des travailleurs indépendants, le régime des travailleurs salariés n'opère pas de distinction selon que les cotisations sont prélevées sur une activité principale ou une activité accessoire et selon que le salaire est touché par une personne active ou une personne pensionnée<sup>15</sup>.

## b. Régimes spécifiques dans le cadre de l'assurance soins de santé

### VALEUR MINIMALE – PÉRIODES ASSIMILÉES – COMPLÉMENT DE COTISATIONS

La valeur des cotisations des titulaires de l'assurance doit atteindre un montant minimum pour permettre l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance. Si cette valeur n'est pas atteinte, le titulaire doit payer un complément de cotisations<sup>16</sup>.

13. Voir aussi [www.rsppo.fgov.be](http://www.rsppo.fgov.be).

14. Art. 9 et 10 de l'A.R. du 28.11.1969 pris en exécution de la loi du 27.06.1969 révisant l'arrêté-loi du 28.12.1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, M.B. du 25.07.1969.

15. Dans le régime des indépendants, la notion de rémunération est différente de celle pour les travailleurs salariés : art. 23 de la loi du 29.06.1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, M.B. du 02.07.1981 et art. 30 de l'A.R. du 28.11.1969, M.B. du 05.12.1969.

16. Art. 121, § 2, de la loi SSI.

### • Valeur minimale

Les bons de cotisations<sup>17</sup> pour l'année civile 2011 doivent atteindre la valeur minimale de 5 660,96 EUR<sup>18</sup>. Cette valeur minimale est fixée en tenant compte 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 arrêté royal du 29 juillet 1988<sup>19-20</sup>. La cotisation minimale pour l'assurance soins de santé (7,35 % sur la valeur minimale des bons de cotisations) s'élève donc à 416,08 EUR par an<sup>21</sup>.

### • Périodes assimilées

Le concept "assimilation" joue un rôle important dans le cadre de l'obligation de cotisations de l'assurance soins de santé. Il s'agit de périodes qui sont neutralisées lors du calcul du complément de cotisations parce qu'elles sont censées être couvertes par des cotisations suffisantes.

L'article 290 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996<sup>22</sup> énumère une vingtaine de périodes assimilées ; il s'agit notamment de la période :

- de chômage contrôlé
- d'incapacité de travail
- de vacances légales
- au cours de laquelle un résident<sup>23</sup> a satisfait à l'obligation de payer une cotisation dans la qualité précitée
- au cours de laquelle le travailleur indépendant<sup>24</sup> à titre principal a satisfait aux obligations énoncées dans le statut social
- au cours de laquelle le travailleur indépendant est admis à l'assurance continuée<sup>25</sup>, pour autant que l'obligation de paiement de la cotisation ait été remplie
- au cours de laquelle un ancien colon<sup>26</sup> a satisfait à l'obligation de paiement de la cotisation dans le statut social
- au cours de laquelle l'intéressé avait la qualité d'invalidé<sup>27</sup>
- au cours de laquelle l'intéressé avait la qualité de membre d'une communauté religieuse<sup>28</sup>, pour autant que l'obligation de paiement de la cotisation ait été remplie dans la qualité précitée
- etc.

17. Les bons de cotisations sont les documents permettant d'établir la qualité de titulaire ; ils mentionnent les cotisations payées.

18. Pour les titulaires âgés de 21 ans et plus. Pour les personnes âgées de moins de 21 ans c'est moins.

19. Circulaire O.A. n° 2011/67 du 14.02.2011, rubrique 271/59.

20. Art. 286 de l'A.R. du 03.07.1996.

21. Pour l'année 2011.

22. Art. 290, A de l'A.R. du 03.07.1996.

23. Art. 32, 15° de la loi SSI.

24. Art. 32, 1° *bis* de la loi SSI.

25. Art. 32, 6° *bis* de la loi SSI.

26. Art. 32, 11° *quater* de la loi SSI.

27. Art. 32, 13° de la loi SSI.

28. Art. 32, 21° de la loi SSI.

- **Complément de cotisations**

- Calcul pour les travailleurs salariés<sup>29</sup> :
  - prendre comme base le salaire annuel minimum prévu (voir “valeur minimale”)
  - déduire la valeur indiquée sur les bons de cotisations ainsi que la valeur que représentent les périodes assimilées dans le salaire annuel (cette valeur est obtenue en multipliant le salaire annuel minimum par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240)
  - 7,35 % du montant restant constituent le complément de cotisation<sup>30</sup>.

Dès lors, le complément de cotisations pour le secteur des soins de santé se situera entre 0,07 EUR et 416,08 EUR<sup>31</sup>.

Étant donné que les bons de cotisations (et donc le montant des cotisations déjà payées) constituent la base de calcul du complément de cotisations du travailleur salarié, il est tenu compte de ce qu’il a déjà payé.

Pour un indépendant à titre principal, c’est la période (le trimestre) au cours de laquelle il a rempli les obligations dans le cadre du statut social qui est assimilée. Pour les périodes non assimilées, il doit payer un complément de cotisations à raison d’1/4 du complément de cotisations total du travailleur salarié et ce, par trimestre non assimilé.

#### COTISATIONS PERSONNELLES

Certains titulaires ont droit aux soins de santé moyennant le paiement de cotisations personnelles. Il s’agit de titulaires qui ne paient pas de cotisations sociales dans le cadre d’un revenu professionnel. Ces cotisations personnelles varient fortement. Elles sont fixées par mois, trimestre ou année et sont établies sur une base forfaitaire ou liées aux revenus. Les organismes assureurs (mutualités) sont chargés de percevoir ces cotisations auprès de leurs membres.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le montant des cotisations personnelles s’élève à :

- pour les étudiants : 54,48 EUR par trimestre<sup>32</sup>
- ancien personnel du secteur public d’Afrique : 37,06 EUR par trimestre<sup>33</sup>
- pour les membres des communautés religieuses : 82,29 EUR par trimestre, réduit à 23,53 EUR pour les titulaires ayant atteint l’âge de 65 ans (des dispenses sont possibles)<sup>34</sup>
- pour les travailleurs salariés en assurance continuée : 1,57 EUR par jour ouvrable ou 39,25 EUR par mois<sup>35</sup>
- pour les résidents (il s’agit des personnes inscrites dans le Registre national des personnes physiques) : 642,60 EUR, 321,29 EUR, 54,48 EUR ou 0 EUR par trimestre, en fonction des revenus du ménage<sup>36</sup>.

29. Art. 290, B, de l’A.R. du 03.07.1996.

30. Circulaire O.A. n° 2011/67 du 14.02.2011, rubrique 271/59. Ce pourcentage concerne uniquement l’assurance soins de santé.

31. Tableau complément de cotisations voir <http://www.inami.fgov.be/insurer/fr/circulars/administrative-control/index.htm>.

32. Art. 32, 14° de la loi SSI ; art. 133 de l’A.R. du 03.07.1996.

33. Art. 32, 12° de la loi SSI ; art. 135 de l’A.R. du 03.07.1996.

34. Art. 32, 21° de la loi SSI ; art. 136 de l’A.R. du 03.07.1996.

35. Art. 32, 6° de la loi SSI ; art. 250 de l’A.R. du 03.07.1996 – titulaires âgés de 21 ans et plus.

36. Art. 32, 15° de la loi SSI ; art. 134 de l’A.R. du 03.07.1996. La cotisation est réduite lorsque le montant annuel global des revenus du ménage est inférieur à un certain plafond ou lorsque le ménage bénéficie d’un certain avantage (comme le revenu d’intégration par ex.).



La réforme de l'assurabilité en 1998 a instauré la qualité de "résident"<sup>37</sup>. Le législateur a décidé de subordonner la cotisation personnelle au revenu brut imposable du ménage de l'intéressé, parce que la qualité de "résident" est très étendue et pourrait concerner tant des personnes en situation de précarité sociale et économique, que des rentiers. Le législateur a opté pour un système où la cotisation est, en principe, relativement élevée mais où les différentes tranches de revenus donnent lieu à des montants de cotisations différents. Les revenus du ménage sont déterminés selon les règles en vigueur pour fixer les revenus qui permettent de bénéficier de l'intervention majorée<sup>38</sup>, et comprennent donc plus que les revenus issus du travail.

Vous trouverez ces montants sur le site Internet de l'INAMI : [www.inami.be](http://www.inami.be), rubrique Citoyen > Frais médicaux > Cotisations personnelles.

### GRATUITÉ DES DROITS

L'article 32 de la loi SSI énumère les différentes qualités qui bénéficient gratuitement du droit aux prestations de santé. Il s'agit :

- des pensionnés (qui ne doivent, en principe, plus payer de cotisations)
- des veufs et veuves
- des personnes à charge, des orphelins
- des étrangers mineurs non accompagnés<sup>39</sup>.

Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2008, les pensionnés (dont la carrière professionnelle équivaut à moins d'1/3 d'une carrière professionnelle complète), veuves et veufs payaient des cotisations personnelles<sup>40</sup>. La réforme qui a réalisé l'intégration des petits risques dans l'assurance soins de santé pour les travailleurs indépendants a supprimé cette cotisation<sup>41</sup> pour les raisons suivantes :

- Il s'agissait d'une cotisation faible, avec une incidence financière réduite
- Il fallait éliminer les discriminations par rapport au nouveau mode de calcul des pensions et il est difficile d'établir la carrière complète de l'intéressé
- Ces personnes peuvent se prévaloir de la qualité de résident
- Du fait que la population travaille plus longtemps, il s'agit d'un groupe de plus en plus restreint.

37. Art. 32, 15° de la loi SSI : personnes inscrites au R.N. des personnes physiques.

38. L'intervention majorée permet à certaines catégories de bénéficiaires de payer une quote-part personnelle (ticket modérateur) moins importante lors d'un séjour à l'hôpital, une consultation chez un médecin, pour les médicaments, etc. Une autre dénomination utilisée pour désigner l'intervention majorée est "régime préférentiel".

39. Art. 32, 16°- 20°, 22° (+ art. 136 de l'A.R. du 03.07.1996), 23° de la loi SSI. Avant le 01.01.2008, les veuves et veufs payaient une cotisation personnelle (art. 132 de l'A.R. du 03.07.1996 abrogé par l'A.R. du 01.07.2008, M.B. du 23.07.2008 – art. 12).

40. Ces cotisations variaient en fonction du nombre de personnes à charge. Une cotisation de 27,71 EUR devait être payée par trimestre si le pensionné, la veuve ou le veuf concerné avait des personnes à charge. La cotisation était de 18,44 EUR s'il n'y avait pas de personnes à charge. Certaines personnes à charge également payaient autrefois une cotisation personnelle.

41. Art. 132 de l'A.R. du 03.07.1996 abrogé par l'A.R. du 01.07.2008, M.B. du 23.07.2008 – art 12.

### 3. Défis

Un aperçu de l'actuelle obligation de cotisations fait apparaître la nécessité de revoir ce régime. Il manque non seulement de transparence mais comporte également quelques incohérences. Pour l'avenir, quelques aspects devraient être minutieusement examinés.

#### a. Lien entre le travail et le financement

Un premier grand défi à relever est l'examen du lien entre le travail et le financement de l'assurance soins de santé. Contrairement à l'assurance indemnités par exemple, l'assurance soins de santé ne s'adresse pas seulement aux personnes disposant d'un revenu professionnel.

Plusieurs questions se posent:

- Une protection de base contre la maladie ne relève-t-elle pas davantage des pouvoirs publics que de la sécurité sociale ?
- Y a-t-il lieu de prévoir un financement public de manière à répercuter la charge financière sur l'ensemble de la société ?

Dans le régime actuel, la base de calcul de la cotisation (revenus issus du travail, revenus du ménage, base forfaitaire) diffère selon la qualité du bénéficiaire. Les pourcentages de cotisation y sont fixés différemment (ils sont proportionnels ou dégressifs). Le financement actuel provient en grande partie des revenus professionnels, alors que pour beaucoup de personnes les revenus ne sont pas nécessairement (et majoritairement) issus du travail. Dans ce contexte, il est difficile d'évaluer le degré de solidarité et "la contribution selon les moyens". Souhaite-t-on subordonner toutes les cotisations à une notion de revenus plus large, comme c'est déjà le cas actuellement pour les résidents? Dans quelle mesure est-il souhaitable de retirer de la sécurité sociale les cotisations pour l'assurance soins de santé (et les cotisations de sécurité sociale) ?

Dans le même sens, on peut, dans le cadre du régime des cotisations des travailleurs salariés, mesurer l'aspect "cotisation salariale" à l'aune du contexte social fluctuant. Il est vrai que ce dernier diffère fortement de la société du 19<sup>e</sup> siècle au cours duquel ce règlement a vu le jour.

L'analyse peut également porter sur les cotisations minimales et maximales ainsi que sur l'opportunité de prévoir une dispense pour certaines qualités, indépendamment de la situation de revenus des intéressés. Pourquoi fixer des cotisations minimales et des cotisations maximales ? Est-ce encore toujours (politiquement) souhaitable ? Dans quelle mesure la dispense de cotisations pour un invalide nanti renforce-t-elle la solidarité ?

Dans ce contexte, les modalités de perception des cotisations pourraient également être revues. Faut-il maintenir une perception par le biais de l'ONSS, des fonds d'assurance sociale et des organismes assureurs ou bien instaurer un nouveau modèle nécessite-t-il également des innovations en la matière ?

## b. Valeur minimale et compléments de cotisations

Une deuxième problématique qui mérite l'attention porte sur la valeur minimale et les compléments de cotisations.

Les compléments de cotisations des travailleurs salariés ne peuvent être réclamés que lorsque les cotisations sur le salaire s'avèrent insuffisantes. Le travailleur salarié concerné doit alors s'acquitter d'un complément de cotisations fixé à 7,35% (la part salariale et patronale des cotisations) de la différence entre le salaire pour lequel les cotisations ont été payées et le salaire minimum prévu. Proportionnellement au salaire perçu pour l'année en question, le travailleur salarié aura finalement payé plus de cotisations que s'il avait tout juste atteint la valeur minimale et n'avait pas dû payer de complément de cotisations.

Dans le régime des travailleurs indépendants, cette valeur minimale intervient autrement : la réglementation assimile, pour le calcul du complément de cotisations, les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant à titre principal a rempli l'obligation de paiement de la cotisation dans le cadre du statut social.

Lorsqu'il n'y a pas d'assimilation pour un trimestre, le travailleur indépendant doit payer un complément de cotisations représentant un quart de la valeur minimale prévue pour les travailleurs salariés. Contrairement au régime des travailleurs salariés, le montant des cotisations déjà payées ne sera pas porté en compte.

On signale souvent que les coûts et les charges administratives liés à la perception du complément de cotisations ne sont pas contrebalancés par les faibles recettes générées par cette perception.

## c. Diversité des cotisations personnelles

Le régime des cotisations personnelles comprend les cotisations :

- fixées par catégorie de revenus (pour les résidents)
- fixées sur une base forfaitaire (par ex., pour les étudiants et les membres des communautés religieuses)
- calculées en appliquant un pourcentage (par ex., les cotisations dans le cadre du statut social pour l'assurance continuée des travailleurs indépendants).

L'alignement des cotisations personnelles sur les autres principes du régime des cotisations pourrait également servir de fil conducteur aux discussions futures. Ainsi, le droit est ouvert gratuitement aux pensionnés mais certains groupes de personnes âgées de plus de 65 ans n'en bénéficient pas. Les membres des communautés religieuses âgés de 65 ans et plus doivent s'acquitter d'une cotisation personnelle forfaitaire et les résidents paient en fonction de leurs revenus (de ménage), quel que soit leur âge.

## d. Individualisation des droits

L'assurance soins de santé actuelle est basée sur la situation sociale d'il y a quelques décennies. Le titulaire ouvre des droits pour lui-même et peut également ouvrir des droits dérivés pour son partenaire, ses enfants et ses ascendants.

Entre-temps, le ménage traditionnel n'occupe plus la place centrale qui était la sienne au sein de la société. Les familles monoparentales, les personnes isolées, etc. sont également fortement représentées.

Sans vouloir négliger l'importance du contexte relationnel et familial, la situation familiale s'impose-t-elle encore toujours comme le moyen par excellence d'accorder des droits dans le cadre de cette assurance ?

En outre, la qualité de “personne à charge” pourrait être examinée de plus près. Vu l’importance de ce groupe de bénéficiaires, l’incidence financière d’une obligation de cotisations (ou d’une dispense de cotisations telle qu’elle existe actuellement) sur la capacité financière de l’assurance ne peut pas être sous-estimée. À examiner l’opportunité d’accorder, à ce groupe, des droits dérivés plutôt que des droits propres. Le droit aux soins de santé est, en effet, un droit pour tous, conformément à la Constitution et aux traités internationaux.

L’analyse de certains problèmes d’ordre privé surgissant dans la pratique (par ex., un examen gynécologique subi par une femme-personne à charge qui ne souhaite pas en informer le titulaire) pourrait s’inscrire dans ce cadre.

Une réforme de la réglementation quant à la possibilité de se faire inscrire comme personne à charge d’un titulaire déterminé est également une option : comment peut-on inscrire à l’assurance un enfant abandonné dont le titulaire n’existe pas ?

#### e. Cohérence par rapport au contexte financier actuel

Le régime des cotisations assure, à près de 66 %, le financement de la sécurité sociale. Une adaptation de celui-ci est susceptible d’augmenter ou de restreindre considérablement la capacité financière de l’assurance.

Plus d’informations sur le financement de la sécurité sociale, sur le site Internet [www.socialsecurity.be](http://www.socialsecurity.be).

## 4. Conclusion

Le régime des cotisations de l’assurance soins de santé est complexe. En raison des nombreuses évolutions intervenues au fil des années, il semble être moins cohérent et transparent. Compte tenu de l’équilibre difficile à préserver, dans le cadre de l’assurance soins de santé, entre l’accessibilité et la responsabilisation, la solidarité et le financement, une nouvelle analyse s’impose.

Tout en pointant quelques points délicats, cette analyse contiendra également les germes du changement :

- Si le souhait est de renoncer au lien entre le travail et le financement de l’assurance soins de santé, une cotisation sur la totalité des revenus, et ce, pour tous les titulaires de l’assurance, pourrait être envisagée. Certaines dispenses pourraient affiner davantage ce principe afin d’éviter un dépassement de la capacité financière de chaque assuré
- Si le choix d’un financement fortement lié à la situation professionnelle de certains assurés demeure, le régime du complément de cotisations pourrait être abandonné, pour autant que cela soit faisable sur le plan financier et politique
- Dans des conditions similaires et conformément à la Constitution et à quelques traités internationaux, chaque assuré pourrait disposer d’un droit propre aux soins de santé
- L’harmonisation des différents régimes (travailleurs salariés, travailleurs indépendants et fonctionnaires) relatifs aux cotisations sociales dépasse le cadre de l’assurance soins de santé et est compliquée par la spécificité de ces différents régimes.

L’assurance soins de santé peut cependant tenter d’y remédier autant que possible. Par exemple, les cotisations dont un travailleur indépendant se serait déjà acquitté au cours d’une année pourraient être portées en compte pour déterminer l’obligation de cotisations à laquelle il devrait encore satisfaire.

Compte tenu de l’impact du régime des cotisations sur l’accessibilité et la solidarité, cette analyse est étroitement liée au cœur même de l’assurance.

2<sup>e</sup> Partie

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



# 1<sup>er</sup> trimestre 2011

## I. Aspects institutionnels et administratifs

### 1. Pharmanet

Depuis 2004, les données Pharmanet sont collectées dans les pharmacies selon le système “Pharmanet - piste unique”. Ce sont les offices de tarification qui les transmettent aux organismes assureurs<sup>1</sup>. Ces derniers les transmettent à leur tour à l'INAMI<sup>2</sup>. Depuis janvier 2010, la collecte concerne aussi les données suivantes :

- les pansements actifs
- les analgésiques
- les contraceptifs pour les jeunes
- les médicaments autorisés non remboursables prescrits et délivrés.

### 2. Spécialités pharmaceutiques

En application de la loi portant des dispositions diverses du 29 décembre 2010<sup>3</sup>, les mesures suivantes entrent en vigueur le 31 janvier 2011<sup>4</sup> :

#### a. Le système des prix de référence

Les dispositions relatives à l'application du système des prix de référence sont adaptées.

- Dorénavant, la base de remboursement pour la fixation du système de remboursement de référence est réduite de 31 % (au lieu de 30 %). Une procédure spécifique (unique) est prévue pour permettre aux firmes d'adapter les prix de leurs médicaments en fonction de la nouvelle base de remboursement (et de l'application de la marge de sécurité) fixée le 1<sup>er</sup> avril 2011 en raison de l'adaptation du pourcentage de baisse (baisse supplémentaire de 1 %)
- Les dispositions relatives à une réduction supplémentaire du système de remboursement de référence après 2 et 4 ans (baisse jusqu'à 35,14 % puis jusqu'à 38,71 %) sont adaptées :
  - après 2 ans, la baisse est de 6 % (au lieu de 4 %)
  - après 4 ans, elle est de 5,5 % (au lieu de 3,5 %).

1. A.R. du 09.01.2011 modifiant l'A.R. du 15.06.2001 déterminant les données relatives aux fournitures à tarifier que les offices de tarification doivent transmettre aux O.A., M.B. du 24.01.2011, p. 6883.

2. A.R. du 09.01.2011 modifiant l'A.R. du 22.01.2004 déterminant les données relatives aux fournitures à tarifier que les O.A. doivent transmettre à l'INAMI, M.B. du 26.01.2011, p. 7370.

3. Loi du 29.12.2010 portant des dispositions diverses, M.B. du 31.12.2010 (Ed. 3), art. 108-117.

4. A.R. du 26.01.2011 modifiant l'A.R. du 21.12.2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 31.01.2011 (Ed. 3), p. 8518.

## b. Base de remboursement des spécialités génériques

Les dispositions relatives au niveau de la base de remboursement d'une spécialité générique lors de l'inscription initiale à la liste sont adaptées :

- dorénavant, lors de l'inscription initiale à la liste, la base de remboursement d'une spécialité générique doit être au moins 31 % inférieure (au lieu de 30 % - prix ex-usine) à la base de remboursement de la spécialité de référence.

## c. Anciens médicaments

Les dispositions relatives aux baisses de prix pour les "anciens médicaments" sont adaptées :

- la réduction de prix est de 17 % (au lieu de 15 %) après 12 ans et de 19 % (au lieu de 17 %) après 15 ans
- par analogie, les pourcentages de réduction sont adaptés lors de l'application simultanée du système de prix de référence et de la réduction de prix pour les "anciens médicaments"
- une nouvelle procédure est prévue pour donner aux firmes la possibilité d'introduire une demande d'exception pour l'application d'une réduction de 2,41 % après une période de remboursement de 15 ans (passage du niveau de prix – 17 % au niveau de prix – 19 %) pour les spécialités pharmaceutiques pour lesquelles le demandeur a démontré qu'au moment de l'application de la réduction, le prix et la base de remboursement, au niveau ex-usine, sont inférieurs d'au moins 65 % par rapport au prix et à la base de remboursement, au niveau ex-usine, de la première spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et qui contient le(s) même(s) principe(s) actif(s), compte tenu de la forme d'administration et du dosage
- cette nouvelle exception peut être demandée dans toutes les situations où il est question du passage du niveau de prix – 17 % au niveau – 19 % (e.a. lors de l'application simultanée du système de prix de référence et de la réduction de prix pour d' "anciens médicaments", lors de l'adaptation unique, au 1<sup>er</sup> avril 2011, des spécialités qui font l'objet d'un remboursement depuis 15 ans déjà et qui ont déjà subi une réduction de prix de 17 %).

## 3. Financement des cercles de médecins généralistes

Les montants de financement pour les cercles de médecins généralistes fixés depuis le 15 octobre 2002 sont indexés à partir de l'année 2009<sup>5</sup>.

5. A.R. du 21.02.2011 modifiant l'A.R. du 04.06.2003 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière dans le fonctionnement des cercles de médecins généralistes agréés conformément aux normes fixées sur la base de l'art. 9 de l'A.R. n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, M.B. du 07.03.2011, p. 15316.

## 4. Maisons de repos pour personnes âgées et maisons de repos et de soins

Le financement des nouvelles institutions MRPA et MRS est régularisé depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2008<sup>6</sup>. Pour calculer le financement des MRPA et des MRS pour une année X, on se base sur leur situation pendant la période de référence qui commence le 1<sup>er</sup> juillet de l'année X-2 et se termine le 30 juin de l'année X-1. Pendant le trimestre au cours duquel elles sont agréées et les deux trimestres qui suivent, les nouvelles institutions reçoivent une intervention forfaitaire de 16,14 EUR qui correspond à la moyenne nationale. Toutefois, dans la plupart des cas ce forfait est inférieur aux frais réels engendrés par le personnel soignant. Il arrive aussi que ce forfait soit inférieur aux charges réelles de l'institution, ce qui est tout aussi injuste. C'est pourquoi une régularisation financière est aujourd'hui prévue pour la période allant de la date de l'agrément au deuxième trimestre (inclus) suivant le trimestre au cours duquel l'institution a été agréée.

## 5. Maisons de soins psychiatriques

L'arrêté ministériel relatif aux maisons de soins psychiatriques (MSP) est modifié en application des accords sociaux<sup>7</sup> :

- à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2010, la norme pour les maisons de soins psychiatriques est augmentée d'1/2 ETP personnel qualifié de niveau A1
- à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010, un supplément est prévu pour les prestations dites "inconfortables". Il concerne les heures de prestations irrégulières des praticiens de l'art infirmier, des aides-soignants et/ou des éducateurs prestées entre 19 et 20 heures ou qui sont prestées jusqu'après minuit, quelle que soit l'heure à laquelle la prestation a été entamée.

# II. Soins de santé

## 1. Assurés

### a. Insuffisance rénale chronique chez les enfants

Depuis le 21 mars 2011, le montant de l'intervention forfaitaire pour nutrition médicale pour les enfants qui souffrent d'insuffisance rénale chronique est exprimé par mois et non plus par jour<sup>8</sup>.

6. A.M. du 12.01.2011 modifiant l'A.M. du 06.11.2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'art. 37, § 12, de la loi SSI, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, M.B. du 02.03.2011, p. 14493.

7. A.M. du 28.03.2011 modifiant l'A.M. du 10.07.1990 fixant l'intervention visée à l'art. 37, § 12, la loi SSI dans les maisons de soins psychiatriques, M.B. du 31.03.2011, p. 21331.

8. A.R. du 27.02.2011 modifiant l'annexe à l'A.R. du 04.05.2009 portant exécution de l'art. 37, § 16bis, al. 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, et al. 4, de la loi SSI, en ce qui concerne les enfants qui souffrent d'insuffisance rénale chronique, M.B. du 11.03.2011, p. 16006.



## b. Journée d'entretien

Pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 inclus, le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation pour des raisons urgentes dans un pays qui n'est pas lié à la Belgique par une convention multilatérale ou bilatérale réglant cette question est fixé à 392,99 EUR<sup>9</sup>.

## 2. Dispensateurs de soins

### a. Médecins

#### HONORAIRES DE DISPONIBILITÉ

La Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) encourage les initiatives des cercles de médecins généralistes qui souhaitent garantir le fonctionnement de services d'urgence. C'est la CNMM qui détermine la manière dont l'INAMI paie les honoraires de disponibilité au cercle de médecins généralistes et la durée de la période pendant laquelle le mode de paiement peut être appliqué<sup>10</sup>. La CNMM prendra la décision au cas par cas sur la base d'un avis motivé du Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes.

### b. Praticiens de l'art dentaire

En 2011, des élections sont de nouveau organisées pour choisir les représentants des praticiens de l'art dentaire dans les instances de l'INAMI<sup>11</sup>.

Pour la première fois, cette procédure se déroule de manière informatisée, comme ce fut le cas pour les élections médicales de 2010.

### c. Pharmaciens

Depuis le 4 février 2011, l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités offre une intervention pour l'enregistrement et la transmission des données des médicaments autorisés non-remboursables<sup>12</sup>. L'objectif est de mieux connaître le coût des analgésiques non remboursables, des laxatifs et des suppléments calciques pour les malades chroniques. L'intervention pour les pharmaciens s'élève à 800 EUR par an.

9. A.M. du 20.12.2010 modifiant l'A.M. du 05.06.1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger, M.B. du 12.01.2011, p. 842.

10. A.R. du 22.12.2010 modifiant l'A.R. du 25.11.2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés, M.B. du 19.01.2011 (Ed. 2), p. 6209.

11. A.M. du 23.02.2011 fixant l'organisation pratique des élections des représentants des dentistes telles qu'elles sont prévues aux art. 211, § 2 et 212 de la loi SSI, M.B. du 02.03.2011, p. 14494, A.R. du 21.02.2011 déterminant les conditions auxquelles les organisations professionnelles de dentistes doivent répondre pour être considérées comme représentatives ainsi que les modalités de l'élection des représentants des dentistes au sein de certains organes de gestion de l'INAMI, M.B. du 02.03.2011, p. 14489 et A.R. du 21.02.2011 fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des dentistes en 2011 est établie par l'INAMI, M.B. du 02.03.2011, p. 14492.

12. A.R. du 19.01.2011 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde au pharmacien titulaire d'une officine ouverte au public ou à la société au sein de laquelle il travaille, une intervention pour l'utilisation d'un logiciel lors de la délivrance d'un médicament et pour l'enregistrement des produits pharmaceutiques non-remboursables prescrits, M.B. du 25.01.2011, p. 6990.

#### d. Laboratoires de biologie clinique

Dans le cadre du financement expérimental (art. 56 de la loi SSI), l'Institut scientifique de santé publique peut conclure des conventions avec les laboratoires de biologie clinique considérés comme centres de référence pour des prestations de microbiologie hors nomenclature. La réglementation entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et définit ce qui suit<sup>13</sup> :

- les missions des centres de référence en microbiologie humaine
- les critères et la procédure concernant la désignation de ces centres de référence
- les tâches et les responsabilités de l'Institut scientifique de santé publique
- les conditions relatives aux conventions et à leur financement, qui sont communes à toutes les conventions avec les centres de référence.

#### e. Maisons de repos pour personnes âgées et maisons de soins

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011, les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et soins et les centres de soins de jour doivent utiliser un nouveau modèle de note de frais individuelle à transmettre au patient et à son organisme assureur<sup>14</sup>.

### 3. Prestations

#### a. Médecins

##### HONORAIRES DE DISPONIBILITÉ

À la suite d'un arrêt du Conseil d'État<sup>15</sup>, l'arrêté royal relatif aux honoraires de disponibilité énumérant les spécialités particulières ayant droit à ces honoraires "extra muros" est modifié<sup>16</sup>.

Dans la nouvelle version de l'arrêté, l'énumération est remplacée par un renvoi à l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire<sup>17</sup>.

##### CONSULTATION DÉMENCE

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011, il existe une nouvelle prestation pour la réalisation d'un bilan diagnostique pour un patient chez qui on suspecte une démence débutante<sup>18</sup>. Cette prestation peut être portée en compte uniquement si le patient a été adressé par le médecin généraliste ou par un spécialiste. Une intervention est également prévue pour l'évaluation de l'examen neuropsychologique.

13. A.R. du 09.02.2011 fixant les conditions de financement des centres de référence en microbiologie humaine, M.B. du 01.03.2011, p. 14133.

14. Règlement du 21.03.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 29.03.2011, p. 20980.

15. Conseil d'état, arrêt n° 198.983 du 16.12.2009.

16. Voir B.I.-INAMI 2008/3, p. 392.

17. A.R. du 03.02.2011 modifiant l'A.R. du 29.04.2008 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital, M.B. du 11.02.2011, p. 10713.

18. A.R. du 24.01.2011 modifiant les art. 2, A, et 20, § 1<sup>er</sup>, f), 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 16.02.2011, p. 11499.

La quote-part personnelle s'élève à 10 % du bilan diagnostique et aucun ticket modérateur n'est dû pour l'examen neuropsychologique<sup>19</sup>.

## REVALORISATION DE LA PÉDIATRIE

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, l'assurance obligatoire soins de santé paie des honoraires forfaitaires aux médecins spécialistes en pédiatrie qui assurent une présence physique permanente au sein d'un hôpital proposant un programme de soins agréé pour les enfants<sup>20</sup>.

## NOMENCLATURE

### • Intégration du module de prévention dans le dossier médical global

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011, un module de prévention pour le médecin généraliste est intégré dans le dossier médical global<sup>21</sup>.

Comme les prestations relatives au dossier médical global peuvent être attestées pour tous les bénéficiaires indépendamment de leur âge, cela signifie que la mission de prévention du généraliste fait toujours partie intégrante de la gestion du dossier médical global.

Le module de prévention se compose d'une liste de vérification contenant différents items. Les thèmes du module de prévention sont énumérés dans les règles d'application mais ils sont concrétisés par le Comité de l'assurance en fonction des recommandations internationales, de l'âge et du sexe du patient.

De nouveaux honoraires sont créés en plus des honoraires existants. Ce supplément d'honoraires est destiné à rétribuer le généraliste qui passe la liste de vérification du module de prévention en revue avec son patient et qui, à la suite de cet entretien, discute des actions à entreprendre. Seul le généraliste qui gère le dossier médical global peut porter ces honoraires en compte.

### • Anesthésie lors de l'opération de la cataracte

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011, il existe une nouvelle prestation : intervention dans la surveillance et dans toute forme d'anesthésie ou de sédation effectuée par un médecin spécialiste en anesthésie lors d'une opération de la cataracte<sup>22</sup>.

### • Chirurgie thoracique

Le 1<sup>er</sup> avril 2011, des modifications ont été apportées à la chirurgie oncologique de la tête et du cou<sup>23</sup>. Une nouvelle prestation relative à une intervention avec évidement ganglionnaire a été ajoutée à l'article 14 de la nomenclature. D'autres prestations de chirurgie œsophagienne et de chirurgie complexe du cou et de la tête ont été revalorisées.

19. A.R. du 24.01.2011 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 16.02.2011, p. 11501.

20. A.R. du 03.02.2011 déterminant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires forfaitaires aux médecins spécialistes en pédiatrie qui assurent une présence au sein de l'hôpital, M.B. du 01.03.2011, p. 14132.

21. A.R. du 09.02.2011 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 03.03.2011, p. 14652, A.R. du 09.02.2011 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 03.03.2011, p.14651, A.R. du 09.02.2011 modifiant l'art. 37 bis de la loi SSI, M.B. du 03.03.2011, p.14650, A.R. du 09.02.2011 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 03.03.2011, p.14649, A.R. du 09.02.2011 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 03.03.2011, p.14648 et enfin le règlement du 21.03.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11<sup>e</sup>, de la loi SSI, M.B. du 29.03.2011, p. 20979, qui établit la check-list.

22. A.R. du 25.01.2011 modifiant l'art. 12, §§ 1<sup>er</sup>, a), et 3, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14.02.2001 (Ed. 2), p. 11088.

23. A.R. du 08.12.2011 modifiant l'art. 14, e), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 01.02.2011 (Ed. 2), p. 8859.

- **Surveillance d'une transfusion à haut risque**

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011, la prestation "surveillance d'une transfusion à haut risque" n'existe plus pour les patients hospitalisés<sup>24</sup>. Elle demeure pour les patients ambulatoires mais sa valeur baisse.

- **Allergologie**

La nomenclature relative à la recherche des allergènes ("patch tests") était incomplète. Cette situation est rectifiée<sup>25</sup>. Des termes ont été ajoutés pour une série de tests complémentaires pour la recherche de la dermatite allergique.

- **Photothérapie dynamique**

La prestation pour le traitement par photothérapie dynamique de lésions prénéoplastiques et néoplastiques de la peau et des muqueuses est davantage remboursée depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011. Par ailleurs, une interdiction de cumul est ajoutée dans les règles d'application<sup>26</sup>.

- **Médecin spécialiste en gériatrie**

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2011, l'article 25, § 1<sup>er</sup>, comporte une nouvelle prestation instaurant des honoraires pour la participation à une concertation multidisciplinaire, sous sa direction, par le médecin spécialiste en gériatrie chez un bénéficiaire admis dans un autre service que G (300)<sup>27</sup>. Le patient ne doit payer aucune quote-part personnelle pour cette prestation<sup>28</sup>.

- **Pédiatrie**

Le 1<sup>er</sup> avril 2011, les honoraires de surveillance du pédiatre accrédité travaillant dans un service de néonatalogie intensive (NIC) ont été augmentés d'un quart<sup>29</sup>.

- **Examen génétique**

Il existe depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011 une nouvelle prestation relative au dépistage d'une anomalie acquise du gène K-RAS<sup>30</sup>. Ce test, qui a pour objectif de détecter quels patients sont supposés réagir à un traitement spécifique du cancer colorectal, est réservé aux médecins spécialistes en anatomie pathologique, en biologie clinique ainsi qu'aux "génétiiciens" (agrés par le SPF Santé publique).

24. A.R. du 25.01.2011 modifiant l'art. 20, § 1<sup>er</sup>, 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 14.02.2011 (Ed. 2), p. 11089.

25. A.R. du 14.03.2011 modifiant l'art. 21, § 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 28.03.2011, p. 20795.

26. A.R. du 14.03.2011 modifiant l'art. 21, § 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 28.03.2011, p. 20796.

27. A.R. du 09.01.2011 modifiant l'art. 25, §§ 1<sup>er</sup> et 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 25.01.2011 (Ed. 2), p. 7296.

28. A.R. du 09.01.2011 modifiant l'art. 37 bis de la loi S.S.I., M.B. du 25.01.2011, p. 6987.

29. A.R. du 03.02.2011 modifiant l'art. 25, § 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 22.02.2011 (Ed. 2), p. 12735.

30. A.R. du 18.03.2011 modifiant l'art. 33 bis de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.03.2011, p. 21193.

## b. Praticiens de l'art dentaire

### NOMENCLATURE

Une nouvelle prestation a été ajoutée à l'article 5, § 2, de la nomenclature le 1<sup>er</sup> mars 2011. Il s'agit du remboursement de l'examen buccal parodontal chez les bénéficiaires à partir du 18<sup>e</sup> jusqu'au 45<sup>e</sup> anniversaire<sup>31</sup>. Cette prestation peut être effectuée par les praticiens de l'art dentaire généralistes, les praticiens de l'art dentaire spécialistes en parodontologie et les médecins-dentistes. Elle peut être attestée une fois par année civile, si durant la même année civile ou l'année civile précédente, une prestation de nettoyage prophylactique, de détartrage ou de détartrage sous-gingival a été remboursée et un score DPSI d'au moins 3+ a été mesuré. Le ticket modérateur s'élève à 25 % pour les bénéficiaires n'ayant pas droit à l'intervention majorée<sup>32</sup>.

### ATTESTATIONS ET MODALITÉS D'ATTESTATION

Le 1<sup>er</sup> mars 2011, deux modifications ont été apportées à l'attestation des soins dentaires<sup>33</sup> :

- La nouvelle prestation relative à l'examen buccal parodontal décrite ci-dessus exige la tenue et la mise à jour d'un rapport normalisé. Le nouveau modèle de rapport a été diffusé auprès de tous les praticiens de l'art dentaire généralistes et de tous les parodontologues. Ils ont été informés de la façon correcte de mesurer et de noter les différents paramètres parodontaux. Le modèle de rapport constitue l'annexe 62 *bis* du règlement du 28 juillet 2003
- Pour une prestation de la nomenclature, le praticien de l'art dentaire doit indiquer sur l'attestation de soins donnés sur quelle dent il a travaillé. Il dispose pour ce faire d'un schéma dentaire scientifiquement approuvé qui a été élargi afin de pouvoir identifier d'éventuelles dents surnuméraires ou des dents supplémentaires.

## c. Praticiens de l'art infirmier

Une nouvelle prestation pour les patients très dépendants (y compris les patients bénéficiant de soins palliatifs) est remboursée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010<sup>34</sup>. Il s'agit d'une intervention forfaitaire pour la 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> visite chez un même patient au cours de la même journée de soins, quelle que soit la prestation effectuée. Aucune quote-part personnelle n'est due<sup>35</sup>.

Le 1<sup>er</sup> avril 2011, les directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation ("échelle de Katz") ont été adaptées pour le critère "transfert et déplacements" dans le cas de patients disposant d'une voiture électrique. Ces modifications permettent d'éviter tout malentendu ou toute contestation.

## d. Bandagistes

Il existe depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011 une nouvelle attestation de fournitures destinée aux bandagistes et aux orthopédistes<sup>36</sup>. Ce document décrit très clairement le montant (quote-part personnelle + supplément) à charge de l'assuré.

31. A.R. du 09.01.2011 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 25.01.2011, p. 6988.

32. A.R. du 09.01.2011 modifiant l'A.R. du 29.02.1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, M.B. du 25.01.2011, p. 6989.

33. Règlement du 07.02.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11<sup>o</sup>, de la loi relative SSI, M.B. du 01.03.2011, p. 14141.

34. A.R. du 19.01.2011 modifiant l'art. 8 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 07.02.2011, p. 9531.

35. A.R. du 19.01.2011 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, M.B. du 07.02.2011.

36. Règlement du 20.12.2011 modifiant le règlement portant exécution de l'art. 22, 11<sup>o</sup>, de la loi S.S.I., M.B. du 28.01.2011 (Ed. 2), p. 7831.

## e. Implants

### PROCÉDURE DE NOTIFICATION

Certains implants ne sont pas concernés par la procédure de notification des implants. C'est le cas de tout le matériel de suture et ligature ainsi que de tous les implants utilisés dans la bouche. Cette mesure entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2010, à la fin de la réglementation de transition<sup>37</sup>.

### CHIRURGIE ABDOMINALE ET PATHOLOGIE DIGESTIVE

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011, l'article 35*bis* octroie un remboursement forfaitaire pour le matériel endoscopique et de viscérosynthèse<sup>38</sup>.

### CHIRURGIE VASCULAIRE

Le remboursement des stents coronaires a été modifié le 1<sup>er</sup> avril 2011<sup>39</sup>.

- les valeurs U des articles 35 et 35*bis* ont été diminuées
- deux nouvelles prestations ont été insérées : une pour le placement d'un ou de plusieurs "drug eluting stents" (DES) et une pour le placement de deux stents ou plus. Ces nouvelles prestations sont des forfaits
- les règles d'application ont été adaptées en conséquence.

Il existe une règle interprétative pour ces deux prestations<sup>40</sup>.

Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007, la règle d'interprétation stipule avec effet rétroactif que les fils de guidage, la gaine d'introduction et le dispositif de gonflage peuvent être attestés via la prestation 685355-685366<sup>41</sup>.

## III. Indemnités

### 1. Allocation d'adoption pour travailleurs indépendants

En vertu du pacte de solidarité entre les générations, le montant de base de l'allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants est augmenté, elle passe à 308,22 EUR par semaine pendant le congé d'adoption, soit une revalorisation de 2 %. Cette mesure est valable à partir du 1<sup>er</sup> août 2009<sup>42</sup>.

37. A.R. du 09.01.2011 modifiant l'A.R. du 01.03.2009 portant exécution de l'art. 35*septies*, § 1<sup>er</sup>, de la loi SSI, concernant la notification d'implants et de dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme, M.B. du 04.02.2011, p. 9340.

38. A.R. du 08.12.2010 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 01.02.2011 (Ed. 2), p. 8857.

39. A.R. du 23.12.2010 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 25.02.2011 (Ed. 3), p. 13801.

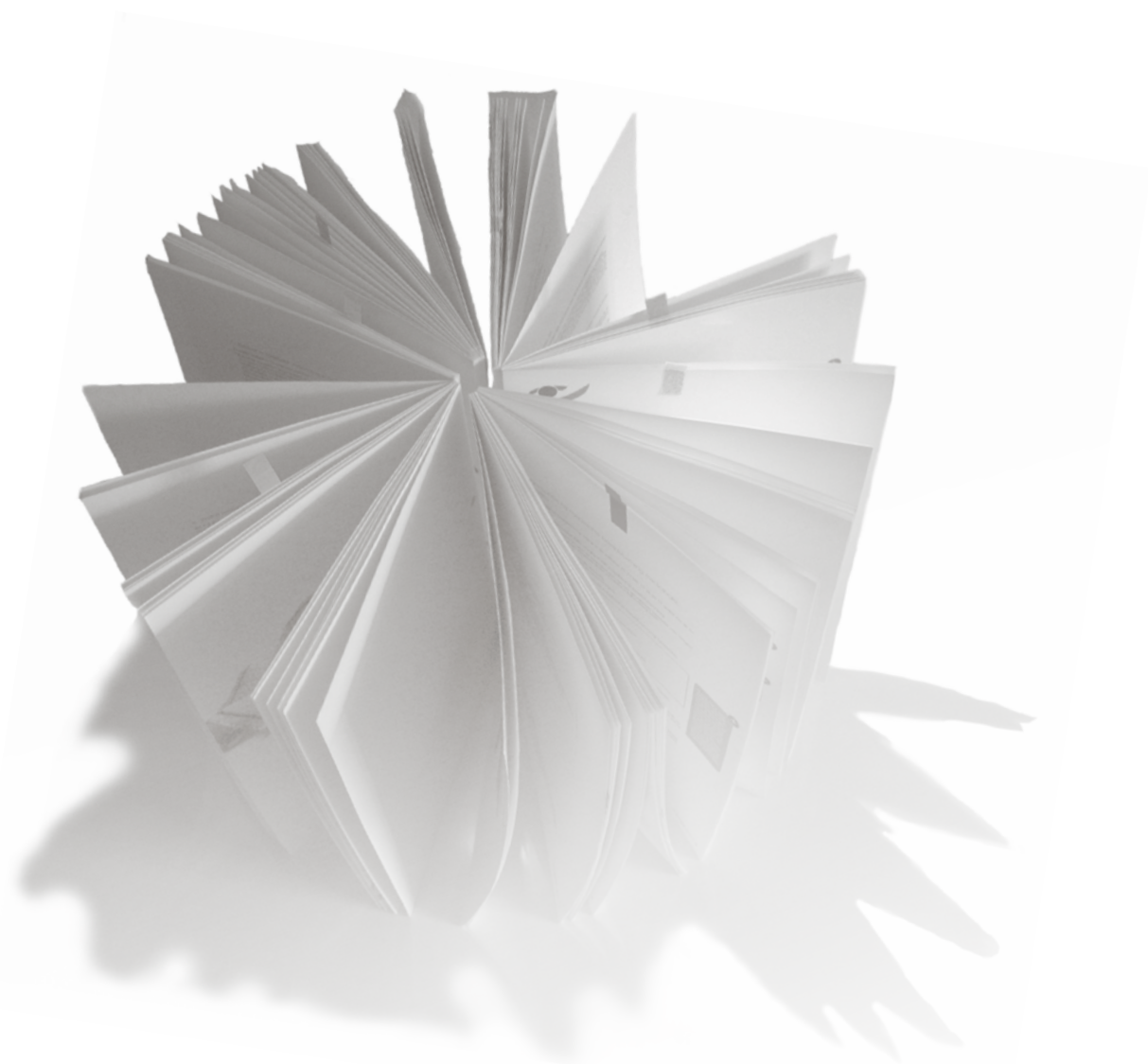
40. Règles interprétatives du 17.01.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 25.03.2011 (Ed. 3), p. 20678.

41. Règles interprétatives du 20.12.2010 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 25.03.2011 (Ed. 3), p. 20678.

42. A.R. du 16.01.2011 modifiant l'A.R. du 20.12.2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants, M.B. du 31.01.2011 (Ed. 2), p. 8421.

# 3<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



# Chronique de jurisprudence du Conseil d'État (1995-2010)

Cette chronique non exhaustive a pour but de présenter la jurisprudence francophone du Conseil d'État (1995-2010) relative aux litiges opposant les dispensateurs de soins au Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Certains arrêts ont été traduits en néerlandais par les services du Conseil d'État.

Il s'agit des arrêts suivants: C.E., 31.01.1996, K. L., n° 57.967, C.E., 31.01.1996, État belge c./R.C., n° 57.963, C.E., 25.02.1998, R.E., n° 72.044, C.E., 17.03.1999, V. M., n° 79.312, C.E., 14.11.2001, W.R., n° 100.814 et C.E., 12.12.2001, J.V., n° 101.771.

Ces traductions sont disponibles sur le site internet du Conseil d'État.

Dans un prochain numéro du bulletin d'information, les arrêts prononcés par le Conseil d'État, chambre néerlandophone, seront examinés pour la même période.

Paul-André BRIFFEUIL  
Conseiller  
Service d'évaluation et de contrôle médicaux  
Direction juridique

## Conseil d'État (3<sup>e</sup> ch.), L. P.-Y., arrêt n° 56.395<sup>1</sup> du 22 novembre 1995

Composition du siège - Indépendance et impartialité - "*Justice should not only be done but should also be seen to be done*" / Article 2, alinéa 2 du Code pénal - Portée

Le dispensateur de soins invoque le droit à ce que sa cause soit entendue par un tribunal indépendant et impartial.

Assumant la direction d'un organisme de défense professionnelle, il avance que les thèses de cet organisme sont en confrontation directe avec celles des organisations représentées au sein de la commission dento-mutualiste, du comité du Service du contrôle médical, de la chambre restreinte et de la commission d'appel et que ces organisations ont manifesté à son égard une "*animosité certaine*". Il soutient également que la commission d'appel a décidé, à tort, qu'il ne pouvait être question pour elle de ne siéger que composée de magistrats.

Le Conseil d'État souligne que la commission d'appel est composée de trois magistrats de l'ordre judiciaire auxquels sont adjoints trois représentants de divers groupes de praticiens ne siégeant toutefois qu'avec voix consultative.

1. [Recours contre la décision de la commission d'appel du 18.05.1993.](#)



Par cette composition, le législateur a entendu garantir tant les intérêts des parties en cause que l'impartialité de la commission. C'est à juste titre que la commission d'appel a décidé qu'il ne pouvait être question, sauf à ignorer la loi, de ne siéger que composée de magistrats.

L'indépendance et l'impartialité de la commission ne peuvent être mises en doute pour le seul motif que des représentants d'un groupe intéressé pourraient influencer sur la conviction des magistrats.

De plus, il n'apparaît d'aucune pièce du dossier que les représentants des organisations représentatives des praticiens de l'art dentaire ont fait preuve à l'égard du dispensateur de soins d'une animosité particulière.

Ce dernier soutient également que par l'effet de l'arrêté royal du 7 juin 1991, les faits (accomplis de 1986 à 1988), auraient perdu tout caractère infractionnel au moment où la chambre restreinte et la commission d'appel ont statué. Selon lui, aucune sanction ne pourrait être appliquée conformément à l'article 2, alinéa 2, du Code pénal exprimant un principe général de droit prévoyant "l'application de la loi la plus favorable".

Pour le Conseil d'État, s'il est vrai que les principes généraux du droit pénal s'appliquent aux sanctions qui, même si elles sont prononcées par des organes administratifs, ont, comme en l'espèce, un caractère répressif, l'article 2, alinéa 2, du Code pénal n'exprime pas un tel principe.

(rejet)

## Conseil d'État (3<sup>e</sup> ch.), K. L., arrêt n° 57.967<sup>2</sup> du 31 janvier 1996

### Impartialité - Article 6 CEDH / Pouvoir d'appréciation des témoignages - Examen circonstancié

Selon le dispensateur de soins, sa cause n'a pas été entendue par un tribunal impartial au motif que des membres du personnel de l'INAMI font partie, à divers titres (secrétaire, greffier, rapporteur...), de la chambre restreinte ou de la commission d'appel.

Pour le Conseil d'État, la commission d'appel s'est conformée strictement aux dispositions légales et réglementaires relatives à sa composition et à son fonctionnement et le dispensateur de soins ne démontre pas en quoi l'impartialité des membres de la commission d'appel aurait été compromise.

Le dispensateur de soins reproche à la commission d'appel d'avoir refusé d'entendre des témoins de moralité et à décharge. Les témoignages retenus auraient été recueillis auprès de patients ne disposant pas de toutes leurs facultés mentales ou ayant subi des pressions morales ou financières.

Quant à la valeur des témoignages retenus, le Conseil d'État indique qu'elle relève du pouvoir d'appréciation de la commission d'appel. Cette dernière a procédé à un examen circonstancié de la valeur des témoignages dont la crédibilité était contestée. La commission d'appel n'a pas excédé les limites de son pouvoir d'appréciation en retenant ces témoignages et en s'estimant suffisamment informée.

(rejet)

2. Recours contre la décision de la commission d'appel du 22.11.1993.

## Conseil d'État (3<sup>e</sup> ch.), D. J., arrêt n° 64.701<sup>3</sup> du 21 février 1997

### Déclarations des assurés - Force probante / Obligation de motivation - Portée

Le Conseil d'État juge que la commission d'appel n'a commis ni erreur de fait ni erreur manifeste d'appréciation en estimant que les déclarations du chirurgien étaient suffisamment nettes pour être considérées comme étant en concordance avec celles de la mère de l'enfant.

S'il est vrai que les patients sont handicapés, il n'apparaît pas à la lecture de leurs déclarations que celles-ci seraient " ininterprétables " et dépourvues de toute force probante. Les assurés ont été interrogés à plusieurs reprises et les déclarations des assurés sont corroborées par plusieurs éléments de l'enquête.

La commission a pu estimer le grief établi en se fondant sur la concordance entre les témoignages des assurés et plusieurs éléments de l'enquête, éléments qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions.

La décision contestée ne procède pas d'un renversement de la charge de la preuve mais s'appuie sur une analyse des déclarations concordantes de l'assurée concernée.

Pour être suffisamment motivée au regard de la Constitution, une décision juridictionnelle ne doit pas rencontrer tous les arguments soulevés par une partie.

(rejet)

## Conseil d'État (3<sup>e</sup> ch.), D.S. G., arrêt n° 67.605<sup>4</sup> du 29 juillet 1997<sup>5</sup>

### Contestation sur un droit civil - Article 6 de la CEDH / Délai raisonnable - Violation

Le Conseil d'État admet que la suspension de l'intervention des organismes assureurs dans les remboursements, influe sur la liberté de choix par le patient d'un médecin mais aussi sur le droit d'exercer la profession médicale.

La décision attaquée a pour objet une contestation sur un droit civil au sens de l'article 6.1. de la CEDH.

3. Recours contre la décision de la commission d'appel du 01.03.1994.

4. Recours contre la décision de la commission d'appel du 17.12.1993.

5. Publié in B.I.-INAMI, 1997/4, p. 483.

Quant au délai raisonnable, le dispensateur de soins souligne que la procédure déclenchée le 14 mai 1982 porte sur des événements survenus en 1981 et 1982. Près de 14 ans se sont écoulés depuis les premiers faits mis à sa charge. Il constate qu'entre le 3 juin 1991 et le 14 décembre 1992 (date de la convocation à comparaître devant la commission d'appel), aucun devoir de poursuite n'a été entamé.

Pour le Conseil d'État, la procédure a excédé un délai raisonnable suite au retard dans la procédure de nomination à la suite d'une vacance causée par la mise à la retraite du président de la commission d'appel.

Même sans avoir égard à l'instance en cassation, il apparaît que, dès le 3 juin 1991, l'INAMI aurait pu continuer la procédure si elle avait pris en temps utile les mesures adéquates.

Il est de bonne administration d'entamer la procédure de nomination à la suite d'une vacance causée par une mise à la retraite six mois avant la date de celle-ci. Cette manière de faire permet d'assurer la continuité du service. Le président de la commission d'appel a atteint la limite d'âge en juin 1991.

L'impossibilité de siéger d'un ou plusieurs membres de la commission d'appel, qui avaient déjà connu précédemment de l'affaire, n'est pas un événement imprévisible.

En outre, alors que le projet d'arrêté royal modifiant la composition de la commission d'appel avait été proposé au Ministre des affaires sociales le 17 mars 1992, l'arrêté, pourtant de nature technique, n'a été pris que le 2 septembre 1992 et publié au Moniteur belge du 19 septembre 1992.

A eux seuls, ces éléments révèlent que la durée de la procédure a excédé un délai raisonnable.

(annulation et renvoi)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), D. N. C., arrêt n° 71.490<sup>6</sup> du 30 janvier 1998

### Requête en suspension d'extrême urgence - Incompétence / Proportionnalité de la sanction

Le Conseil d'État est incompétent pour suspendre une décision d'une commission d'appel, juridiction administrative (art. 17, § 1<sup>er</sup> des lois coordonnées sur le Conseil d'État).

Le dispensateur de soins demande d'interroger, à titre préjudiciel, la Cour d'arbitrage pour savoir si l'article 17 précité viole ou non les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il permet à toute personne lésée par un acte ou un règlement de demander au Conseil d'État d'en ordonner la suspension de l'exécution alors qu'il refuse cette même faculté à la personne lésée par une décision contentieuse administrative.

Si le Conseil d'État a l'obligation de poser à la Cour d'arbitrage une question ayant sa propre compétence pour enjeu, il peut s'en dispenser s'il apparaît que la question préjudicielle est dénuée de tout fondement ou si la demande de suspension doit être rejetée pour un autre motif que d'incompétence (la réponse de la Cour étant sans effet sur la solution au litige).

6. Recours contre la décision de la commission d'appel du 06.01.1998.

Le Conseil d'État constate que le premier moyen pris de l'insuffisance et de l'ambiguïté de la motivation, paraît manquer en fait et en droit et ne peut être considéré comme sérieux.

Dans son second moyen, le dispensateur de soins avance que la sanction infligée serait hors de proportion avec les faits reprochés.

Le Conseil d'État répond que ce moyen ne pourrait être retenu que s'il était établi que la sanction infligée par l'acte attaqué était manifestement hors de proportion avec la gravité des faits reprochés. Il n'apparaît pas, au terme d'un examen en extrême urgence, que tel soit le cas en l'espèce.

(rejet)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), R. E., arrêt n° 72.044<sup>7</sup> du 25 février 1998

### Contestation sur un droit civil au sens de l'article 6 de la CEDH / Impartialité

En prononçant la suspension de l'intervention des organismes assureurs dans le coût des prestations de santé dispensées par une personne exerçant une activité paramédicale, la commission d'appel statue sur un droit de caractère civil au sens de l'article 6.1. de la CEDH.

Il n'y a pas de violation de l'impartialité.

A l'inverse du comité du Service de contrôle médical et de la chambre restreinte, la commission d'appel est une juridiction administrative, composée de trois magistrats de l'ordre judiciaire auxquels sont adjoints trois représentants de divers groupes de praticiens ne siégeant toutefois qu'avec voix consultative.

Le législateur a entendu garantir tant les intérêts des parties en cause que l'impartialité de la commission.

(rejet)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), V. M., arrêt n° 79.312<sup>8</sup> du 17 mars 1999<sup>9</sup>

### Article 149 de la Constitution - Obligation de motiver - Appréciation *in concreto*

La commission d'appel est une juridiction administrative et, conformément à l'article 149 de la Constitution, elle est tenue de motiver ses décisions.

7. Recours contre la décision de la commission d'appel du 12.09.1995.

8. Recours contre la décision de la commission d'appel du 24.01.1995.

9. Publié in B.I.-INAMI, 1999/2, p. 160.

Sans substituer son appréciation à celle de la commission d'appel ni s'immiscer dans des appréciations d'ordre médical, il appartient au Conseil d'État de vérifier la légalité de la décision attaquée (en particulier au regard du moyen d'annulation pris du reproche d'une motivation partielle ou erronée).

La commission a l'obligation d'apprécier *in concreto* dans chaque cas examiné quelle prescription aurait ordonnée un dispensateur de soins prudent au lieu de se contenter d'une évaluation d'ordre statistique, au demeurant plus que sommaire et non signifiante en soi.

La motivation de la décision de la commission d'appel est inadéquate.

(annulation et renvoi)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), D.R., arrêt n° 82.180 du 3 septembre 1999

### Demande de renseignements non susceptible de recours

Une demande de renseignements ou d'enquête, adressée par l'INAMI aux organismes assureurs, n'est pas un acte susceptible de recours devant le Conseil d'État.

Elle ne modifie en rien la situation juridique du dispensateur de soins qui est dès lors sans intérêt à l'attaquer.

(demande irrecevable)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), W. R., arrêt n° 100.814<sup>10</sup> du 14 novembre 2001<sup>11</sup>

### Principe de bonne administration - Devoir de vigilance / Délai raisonnable / Article 174, 6° de la loi ASSI coordonnée

Le dispensateur de soins considère que le Service du contrôle médical devait le tenir immédiatement informé du fait de ce que ses prescriptions présentaient un caractère abusif.

Le Conseil d'État juge, pour sa part, que le principe de bonne administration ne peut conduire à transférer à l'autorité administrative un devoir de vigilance qui relève de la responsabilité propre du médecin prescripteur. Rien ne l'empêchait de prendre des renseignements auprès du service s'il avait des doutes à ce sujet.

Le dispensateur de soins fait valoir une violation du délai raisonnable.

10. Recours contre la décision de la commission d'appel du 22.01.1997.

11. Publié in B.I.-INAMI, 2002/3, p. 217.

Son dossier était ouvert au Service du contrôle médical depuis janvier 1992. En janvier 1994, il a été averti de l'ouverture d'une enquête et qu'il allait être entendu. En décembre 1995, la Commission de contrôle était saisie d'une plainte. Elle a pris sa décision le 24 avril 1996. La commission d'appel n'a statué que le 22 janvier 1997.

Le dossier n'a donc trouvé son aboutissement qu'après 5 ans et le dispensateur de soins est resté dans l'expectative pendant 3 ans alors que, selon lui, rien ne justifiait de tels délais.

Le Conseil d'État relève que de janvier 1992 à octobre 1993, le Service du contrôle médical a recueilli les données concernant la pratique médicale du dispensateur de soins. C'est à la fin de ce travail, que le service a pu disposer d'indices de non-conformité à la législation.

L'enquête n'a débuté que le 22 novembre 1993 : ce n'est que par l'audition des patients que fut démontrée une pratique médicale sujette à discussion.

Le Conseil d'État considère que ce n'est qu'à partir de cette date que pouvait débiter, au plus tôt, le délai raisonnable en cause, le dispensateur de soins étant à partir de ce moment tenu d'expliquer sa pratique médicale.

De novembre 1993 à janvier 1994, des renseignements complémentaires ont été recherchés auprès de différents organismes.

De janvier 1994 à février 1995 eurent lieu les auditions du dispensateur de soins, cette phase relativement longue étant le résultat de son propre fait, la commission d'appel a pu légalement conclure que le Service du contrôle médical a agi avec diligence en effectuant toutes les recherches utiles qui s'imposaient dans le cas d'espèce, sans effectuer des recherches vaines et superflues.

A propos du délai de prescription, le Conseil d'État juge que l'article 174, 6°, de la loi ASSI coordonnée ne concerne que la récupération de sommes indûment remboursées et, en l'espèce, le remboursement des prestations litigieuses ne correspond à aucun indu, n'étant pas contesté que les prestations ont été effectuées (dossier "surconsommation" *in casu*), qu'elles correspondaient à un numéro précis de la nomenclature et que les patients étaient en règle "d'assurabilité". C'est dès lors sans commettre aucune erreur de droit que la commission d'appel a jugé que "les délais de prescriptions vantés par l'article 174 dans les différents cas qu'il précise, ne rencontrent nullement la situation présente".

(rejet)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), J. V., arrêt n° 101.771<sup>12</sup> du 12 décembre 2001

[Commission d'appel - Pouvoir d'évocation - Compétence de pleine juridiction / Impartialité / Obligation de motivation - Article 149 de la Constitution](#)

Le dispensateur de soins reproche à la commission d'appel d'avoir évoqué au fond l'affaire après avoir constaté que la décision de la chambre restreinte avait été adoptée par un organe illégalement composé.

12. [Recours contre la décision de la commission d'appel du 27.11.1996.](#)

L'article 1068 du Code judiciaire, relatif à l'effet dévolutif de l'appel, ne serait pas applicable à la commission d'appel, juridiction administrative indépendante du pouvoir judiciaire et régie par les règles du droit administratif.

Le Conseil d'État relève que la chambre restreinte n'intervient pas en qualité de juridiction administrative mais décide en qualité d'autorité administrative.

La commission d'appel intervient dès lors en qualité de juridiction statuant en premier et dernier ressort, et non pas en appel d'une juridiction du premier degré.

La commission d'appel tient de l'article 156 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 une compétence de pleine juridiction, l'obligeant à substituer, en tout état de cause, sa propre décision à celle de la chambre restreinte.

Annulant la décision de la chambre restreinte, la commission d'appel n'avait pas épuisé sa juridiction et pouvait décider d'évoquer l'affaire au fond.

La procédure qui s'est développée devant le Comité du Service du contrôle médical, puis devant la chambre restreinte, est de nature purement administrative et les principes généraux qui régissent la procédure juridictionnelle n'y sont pas applicables.

La commission d'appel a donc pu décider que par la procédure administrative suivie jusque devant elle, il n'a pas été porté atteinte à son objectivité ou son impartialité.

Le dispensateur de soins souligne que la suspension de l'intervention des organismes assureurs dans le coût des prestations dispensées par un médecin, peut avoir un effet sur les droits et les obligations de caractère civil de celui-ci. En évoquant l'affaire au fond, la commission d'appel a statué sur une contestation qui a pour objet un droit civil alors que l'article 144 de la Constitution énonce que cette contestation relève exclusivement de la compétence des Cours et tribunaux.

Le Conseil d'État, en qualité de juge de cassation, ne peut connaître, en principe, un moyen nouveau. Toutefois, le moyen a été soulevé par le dispensateur de soins dans ses conclusions devant la commission d'appel.

En décidant d'évoquer l'affaire au fond, la commission d'appel s'est déclarée, indirectement mais certainement, compétente pour en connaître, sans cependant rencontrer le moyen.

La commission d'appel n'a pas motivé sa décision conformément à l'article 149 de la Constitution concernant le moyen pris de son incompétence (litige portant sur des droits civils ou non) et cette illégalité doit être soulevée d'office.

(annulation partielle, rejet pour le surplus et renvoi)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), D.N. C., arrêt n° 103.248<sup>13</sup> du 6 février 2002

### Obligation de motivation / Pouvoir d'appréciation de la commission d'appel - Erreur manifeste d'appréciation

Le dispensateur de soins reproche à la décision contestée de ne pas répondre à ses conclusions.

Pour le Conseil d'État, le juge du fond n'a pas à examiner, un par un, les arguments avancés, mais il suffit que de l'ensemble de la décision apparaissent les raisons pour lesquelles la demande, le moyen ou l'exception a été rejeté.

Dans les motifs de la décision attaquée, la commission d'appel a exposé pourquoi elle estimait que l'erreur de codification reprochée au dispensateur de soins était établie et revêtait un caractère de gravité.

Il n'appartient pas au Conseil d'État de remettre en cause les constatations de la commission d'appel et son appréciation à cet égard, il lui revient seulement de vérifier si la sanction prononcée n'est pas manifestement disproportionnée eu égard à la gravité des faits retenus.

(rejet)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), D. A., arrêt n° 105.838<sup>14</sup> du 24 avril 2002<sup>15</sup>

### Prescription - Article 174, 6° de la loi ASSI coordonnée / Serment d'Hippocrate / Secret médical / Moyen d'ordre public nouveau irrecevable / Impartialité / Délai raisonnable / Obligation de surseoir à statuer / Obligation de motivation / Pouvoir d'appréciation / Droit de propriété / *Non bis in idem* / Règle du double degré de juridiction / Effet dévolutif de l'appel

Selon le dispensateur de soins, l'action du Service du contrôle médical mue devant la Commission de contrôle et la commission d'appel serait soumise au délai de prescription visé à l'article 174, 6°, de la loi ASSI coordonnée. Ainsi, cette action en remboursement se prescrirait par deux ans. Si ce délai de deux ans ne pouvait trouver à s'appliquer au cas d'espèce, aucun délai ne serait alors applicable en la matière.

Pour le Service du contrôle médical, l'article 174, 6°, de la loi ASSI coordonnée concerne les actions en répétition de l'indu mues par les organismes assureurs. La procédure fondée sur l'article 157 de la même loi est radicalement différente. L'action du service s'analyse comme la sanction d'un abus de droit et non comme une action en répétition de l'indu. S'agissant de prestations de sécurité sociale payées indûment, l'action se prescrirait par 30 ans conformément à l'article 2262 du Code civil.

13. Recours contre la décision de la commission d'appel du 06.01.1998.

14. Recours contre la décision de la commission d'appel du 06.11.1996 et la décision du Collège intermutualiste national du 12.11.1996.

15. Publié in B.I.-INAMI, 2002/3, p.223.



Pour le Conseil d'État, les prescriptions fondées sur l'article 174 de la loi ASSI coordonnée, ne sont pas applicables aux commissions visées à l'article 157 de la même loi lorsque celles-ci décident de récupérer, totalement ou partiellement, auprès du dispensateur de soins, les dépenses relatives aux prestations à charge de l'assurance soins de santé et indemnités.

Le dispensateur de soins invoquait la violation du serment d'Hippocrate et une violation du secret médical : l'enquête menée par le service trouvait sa cause et son origine dans une dénonciation faite par un confrère qui aurait transmis, spontanément et hors de toute demande préalable, l'ensemble du dossier d'un de ses patients au service sans qu'ait été demandé, ni moins encore, obtenu, l'accord préalable de ce patient. L'enquête entreprise sur base de pièces illégalement obtenues, vicie l'ensemble de la procédure.

Le Conseil d'État juge que le moyen pris de la violation du serment d'Hippocrate est irrecevable : ce serment, aussi respectable soit-il, demeurant étranger aux sources formelles du droit.

Quant à la dénonciation par un confrère d'un cas au Service du contrôle médical (à supposer que cette dénonciation soit illégale pour violation du secret médical), elle n'affecterait pas la régularité des preuves obtenues ultérieurement par la prise en compte des 25 autres cas retenus.

L'article 150 de la loi ASSI coordonnée permet qu'il soit fait exception au devoir de garder le secret professionnel et l'obligation de divulgation n'est pas soumise à l'accord exprès du patient. Le dispensateur de soins a le devoir de coopérer à l'assurance maladie.

La commission d'appel a pu légalement décider que les enquêteurs avaient le droit d'interroger les patients et les médecins traitants sans qu'il fût nécessaire d'obtenir le consentement des patients.

Le dispensateur de soins soulevait un moyen non soumis à la commission d'appel (moyen pris de la violation de la loi du 08.12.1992 sur la protection de la vie privée et de l'art. 138 de la loi ASSI coordonnée le 14.07.1994).

Pour le Conseil d'État, est irrecevable le moyen non soumis au juge du fond même ou dont celui-ci ne s'est pas saisi de sa propre initiative s'il est fondé sur des dispositions légales ou un principe général qui sont d'ordre public, lorsque les éléments de fait nécessaires à son appréciation ne ressortent pas de la décision attaquée ou des pièces auxquelles le Conseil d'État peut avoir égard.

Quant à l'impartialité de la commission d'appel, elle ne peut être mise en doute car le dispensateur de soins n'établit pas que les représentants du corps médical et des organismes assureurs pourraient avoir un intérêt personnel à ce que l'INAMI pût récupérer la somme mise à sa charge. Seuls les magistrats avaient voix délibérative.

Quant au délai raisonnable, c'est aux juridictions du fond qu'il revient d'apprécier, à la lumière des données de chaque affaire, si la cause est entendue dans un délai raisonnable et, dans la négative, de déterminer les conséquences qui peuvent en résulter.

Aucune disposition législative propre à la matière de l'ASSI obligerait la commission d'appel à surseoir à statuer sur des faits dont elle est saisie dans l'attente d'une décision des juridictions pénales sur les mêmes faits dans l'hypothèse où ceux-ci peuvent être considérés comme constitutifs d'infractions au sens du Code pénal.

Si le juge doit répondre explicitement ou implicitement à toute demande, exception, défense ou moyen formulés, il n'est pas tenu de les examiner un à un mais il suffit que de l'ensemble de la décision apparaissent les raisons pour lesquelles la demande, l'exception, la défense ou le moyen ont été rejetés. Le juge n'a pas davantage à répondre point par point à des notes annexées aux conclusions et destinées à les appuyer.

La commission d'appel, juge du fond, apprécie souverainement et librement la valeur probante des éléments de preuve qui lui sont produits.

Le dispensateur de soins n'établit pas en quoi la récupération porterait atteinte au droit de propriété tel que garanti par l'article 1<sup>er</sup> du Premier Protocole additionnel à la CEDH, lequel n'exclut nullement que les États mettent en vigueur les lois nécessaires pour assurer le paiement des impôts ou d'autres contributions ou des amendes. La mesure (récupération) n'est pas une peine de confiscation.

Le principe *non bis in idem* n'a pas autorité supérieure à la loi.

La règle du double degré de juridiction ne constitue pas un principe général de droit.

L'article 142 de la loi ASSI coordonnée ne déroge pas à l'article 2 du Code judiciaire et ne fait pas obstacle à l'effet dévolutif de l'appel (art. 1068 du Code judiciaire), l'appel dessaisit les magistrats du premier degré et soumet le litige aux juges du second degré même en cas d'appel contre un jugement avant dire droit.

(rejet)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), M.P., arrêt n° 130.209<sup>16</sup> du 9 avril 2004<sup>17</sup>

### Principe de légitime confiance / Interprétation téléologique de la nomenclature - Opportunité - Incompétence du juge administratif

Le dispensateur de soins considère que la " sonde de Metras " est obsolète et n'est plus utilisée depuis plus de 25 ans. Cependant, l'INAMI a laissé le code de la nomenclature en vigueur. La prestation similaire déclarée sous le même numéro de code pour le même examen n'a jamais fait l'objet d'observations de la part de l'INAMI ou des organismes assureurs.

Le Conseil d'État constate qu'il ne ressort d'aucune des pièces de la procédure que l'INAMI aurait acquiescé à la pratique consistant à facturer une prestation différente sous le code 471026 "*mise en place d'une sonde de Metras, sous contrôle radioscopique*" (art. 20, § 1<sup>er</sup>, b, de la nomenclature des soins de santé).

L'existence d'une prétendue autorisation assimilant la prestation effectuée au code 471026 n'est pas établie.

En outre, il n'y a pas eu violation du principe de légitime confiance car le maintien du code n'a pas pu induire le dispensateur de soins en erreur dès lors que la prestation litigieuse n'a pas été effectuée dans les conditions précises qui y sont énoncées.

Le dispensateur de soins ne conteste pas qu'il facturait une prestation ne correspondant pas au libellé de la nomenclature, soit "*le placement à l'aveugle et donc sans contrôle radioscopique d'une sonde d'aspiration et ce après positionnement du patient en position décline*".

16. Recours contre la décision de la commission d'appel du 10.05.2001.

17. Voy. aussi C.E., n° 130.202, R., 09.04.2004 (rejet), C.E., n° 130.203, J., 09.04.2004 (rejet), C.E., n° 130.204, M., 09.04.2004 (rejet), C.E., n° 130.205, C., 09.04.2004 (désistement), C.E., n° 130.206, R., 09.04.2004 (désistement), C.E., n° 130.207, L., 09.04.2004 (rejet) et C.E., n° 130.208, C. D. C., 09.04.2004 (rejet).

Il n'appartient pas aux prestataires de soins, sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature. De telles modifications ne peuvent être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet.

Pour le surplus, les pièces de la procédure ne font pas ressortir qu'en laissant subsister le code de la nomenclature 471026, l'INAMI aurait accepté l'interprétation téléologique de la prestation visée et admis au remboursement, sous le code litigieux, la prestation différente effectuée par le dispensateur de soins.

Le dispensateur de soins souligne une violation de l'article 20, § 1<sup>er</sup>, e, de la nomenclature des soins de santé qui vise le code 475543 décrivant une épreuve pharmacodynamique suivie de contrôles électrocardiographiques, avec protocole.

Se trouvant dans un service de soins intensifs, où, dans un laps de temps le plus court possible, il émet lui-même le diagnostic et met en œuvre immédiatement la thérapie adéquate, il se trouve dans l'impossibilité d'établir un tel protocole.

Le Conseil d'État observe que le dispensateur de soins reconnaît n'avoir pas respecté l'article 20, § 1<sup>er</sup>, e, de la nomenclature des soins de santé. La commission d'appel n'a pas commis d'erreur de droit en décidant qu'en l'absence de protocole, la prestation litigieuse ne pouvait être attestée sous le code 475543.

Savoir si la disposition visée au moyen doit être adaptée en vue de tenir compte des particularités de travail des médecins urgentistes relève de l'opportunité et échappe, dès lors, à la compétence du juge administratif.

(rejet)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), Z. P.-F., arrêt n° 159.421<sup>18</sup> du 31 mai 2006

### Surconsommation - Appréciation *in concreto*

Le dispensateur de soins invoque une violation de l'article 73 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 et un vice de motivation.

La décision attaquée a conclu que le prestataire "*placé dans des circonstances similaires*" ne doit pas être, *in concreto*, un des confrères du dispensateur de soins placé dans les mêmes conditions mais que l'évaluation peut être effectuée *in abstracto* par référence à un prestataire prudent et diligent. La comparaison avec d'autres prestataires suffirait s'agissant de références purement quantitatives.

Le Conseil d'État estime que la commission d'appel a fait prévaloir, à tort, une appréciation abstraite de la pratique médicale sur une appréciation concrète de celle-ci et, en cela, sa décision n'est conforme ni au texte de l'article 73 de la loi ASSI coordonnée, ni à la portée reconnue par la Cour d'arbitrage (arrêt n° 28/93 du 01.04.1993) aux termes analogues inscrits dans une disposition légale antérieure.

(annulation et renvoi)

18. Recours contre la décision de la commission d'appel du 10.12.1998.

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), D. M.-L., arrêt n<sup>o</sup> 171.148<sup>19</sup> du 14 mai 2007<sup>20</sup>

### Portée d'une convention / Article 149 de la Constitution - Obligation de motivation / Pouvoir d'appréciation des faits

Bien qu'elles soient qualifiées de conventions par le législateur et qu'elles soient issues de négociations, les conventions visées à l'article 42 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, ne sont pas formées sur la base de l'échange du consentement des parties, au sens de l'article 1134 du Code civil, mais elles produisent, pour chacune des catégories concernées, lorsque les formalités prévues par la loi ont été accomplies, les effets juridiques de règlements à l'égard de catégories de personnes dont certaines peuvent n'avoir ni consenti ni participé à leur élaboration.

Le Conseil d'État n'aperçoit pas en quoi la convention conclue entre les maisons de repos et de soins et les organismes assureurs, eût-elle une portée réglementaire, serait de nature à lier les pharmaciens en général et la requérante en particulier.

Le dispensateur de soins estime que la décision querellée devait être motivée "de manière tout à fait spéciale" car elle n'a pas retenu tous les griefs retenus par la chambre restreinte bien qu'elle "n'en aggrave pas moins la sanction" prononcée. De plus, la décision de la commission d'appel ne répond pas aux conclusions déposées.

Le Conseil d'État constate que la comparaison de la décision de la chambre restreinte et de celle de la commission d'appel ne fait pas apparaître que la sanction aurait été aggravée en appel. La commission d'appel n'avait pas à justifier sa décision de confirmation de la sanction par une motivation particulière. Par ailleurs, la commission d'appel a énoncé en huit alinéas successifs les motifs pour lesquels elle estimait que la convention nationale produisait des effets à l'égard du dispensateur de soins.

Par le moyen pris de la "violation du principe de proportionnalité" et de "l'appréciation illégale des faits", le dispensateur de soins entend soumettre au Conseil d'État l'appréciation concrète des faits telle qu'elle a été effectuée par la commission d'appel.

Le Conseil d'État n'est pas compétent, comme juge de cassation, pour substituer sa propre appréciation des faits à celle de la commission d'appel statuant en tant que juge de plein contentieux.

(annulation partielle, rejet pour le surplus et renvoi)

19. Recours contre la décision de la commission d'appel du 03.12.2002.

20. Publié in B.I.-INAMI, 2007/3, p. 363.

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), L. P., arrêt n° 179.798<sup>21</sup> du 18 février 2008

### Demande de remise - Comparution à l'audience

Le dispensateur de soins soutient, à tort, qu'ayant quitté l'audience en raison du refus de faire droit à sa demande de remise, il ne peut être réputé avoir comparu devant la commission d'appel.

Il ressort en effet du procès-verbal de l'audience que le dispensateur de soins y a comparu, la circonstance qu'il a quitté la séance parce que la commission d'appel n'accueillait pas sa demande de remise ne dément en rien la réalité de sa comparution.

Dans ces conditions, la commission d'appel demeure compétente pour prendre la décision attaquée.

(rejet)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), S. E., arrêt n° 180.096<sup>22</sup> du 25 février 2008

### Pharmacien titulaire suspendu - Adhésion à l'office de tarification - Contradiction des motifs de la chambre de recours - Absence d'indication de la base légale ou réglementaire

Le dispensateur de soins fait valoir "*un vice de motivation en droit*" de la décision de la chambre de recours : aucune disposition législative ou réglementaire ne prévoit qu'une suspension disciplinaire mettrait fin automatiquement à l'adhésion d'un pharmacien à un office de tarification.

Aucune des dispositions invoquées n'indiquerait que la suspension disciplinaire aurait pour effet de faire perdre à l'adhérent sa qualité de titulaire.

Il n'existerait aucune corrélation juridique entre une suspension disciplinaire et la perte de la qualité de titulaire d'une officine pharmaceutique.

S'il est vrai que durant les périodes de suspension disciplinaires, le dispensateur de soins ne pouvait pas exercer l'art pharmaceutique et n'était plus reconnu comme praticien de l'art de guérir, il n'avait pas perdu sa qualité de titulaire de l'officine au cours de la même période.

C'est à juste titre que le dispensateur de soins reproche à la décision attaquée d'être entachée de "contradiction dans les motifs".

21. Recours contre la décision de la commission d'appel du 13.06.2003.

22. Recours contre la décision de la chambre de recours du 22.02.2007.

En effet, après avoir exclu que l'article 4 de l'arrêté royal du 12 août 1970, l'article 31 de l'arrêté royal n° 80 du 10 novembre 1967 ou l'article 4 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, fussent applicables au dispensateur de soins, la chambre de recours est restée en défaut de préciser sur la base de quelle disposition législative ou réglementaire il fallait conclure que durant la période de suspension (disciplinaire) l'adhésion du dispensateur de soins à un office de tarification était nécessairement suspendue.

Les explications énoncées par l'INAMI ne peuvent remédier à ce défaut de motivation.

Faute d'avoir énoncé sur quel fondement le dispensateur de soins pouvait se voir reprocher d'avoir effectué des prestations non conformes à charge de l'assurance soins de santé, la chambre de recours n'a pu conclure, ainsi qu'elle l'a fait, que le dispensateur de soins ne pouvait bénéficier de remboursement, que celui-ci était indu et qu'il était donc tenu d'en rembourser le montant à l'INAMI.

(annulation et renvoi)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), J. V., arrêt n° 180.097<sup>23</sup> du 25 février 2008

### Incompétence de la juridiction ayant prononcé la décision contestée - Question du renvoi après cassation

Par l'arrêt n° 101.771 du 12 décembre 2001, le Conseil d'État a annulé la décision prise par la commission d'appel le 27 novembre 2006 et renvoyé la cause à cette commission d'appel autrement composée.

Par décision du 4 mai 2004, cette commission a accueilli le déclinatoire de compétence soulevé par le dispensateur de soins sur la base des modifications apportées à la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 par la loi programme du 24 décembre 2002 et s'est déclarée incompétente pour ordonner le renvoi de la cause à la chambre de recours instituée par la même loi programme. Par courrier du 1<sup>er</sup> juillet 2005, la chambre de recours a convoqué le dispensateur de soins à comparaître devant elle et elle a pris la décision attaquée du 8 décembre 2006.

La loi ne dispose que pour l'avenir et elle n'a point d'effet rétroactif.

Lu à la lumière de ces principes, et compte tenu de l'intention du législateur, l'article 216 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 (rétabli par la loi programme du 24.12.2002) n'a pu disposer que pour les cas dans lesquels le Conseil d'État viendrait à annuler une décision de la commission d'appel après son entrée en vigueur, soit après le 15 février 2003.

L'arrêt n° 101.771 du 12 décembre 2001 a été prononcé avant l'entrée en vigueur de cette disposition. Statuant sur renvoi, la commission d'appel s'est déclarée, à tort, incompétente. Corrélativement, c'est à tort que la chambre de recours a cru devoir se saisir, *motu proprio*, de la cause et la juger le 8 décembre 2006. La décision du 8 décembre 2006 doit être annulée pour incompétence de la juridiction qui l'a prononcée.

23. Recours contre la décision de la chambre de recours du 08.12.2006.

Il convient de régler la question du renvoi consécutif à cette annulation. La cause ne peut plus être renvoyée à la commission d'appel autrement composée.

Par l'article 216*bis* de la loi ASSI coordonnée (entré en vigueur le 15.05.2007), le législateur a entendu notamment que les chambres de recours visées à l'article 155, § 6 de la loi ASSI coordonnée, modifié par la loi du 24 décembre 2002, fussent dessaisies de plein droit des recours introduits devant elles avant cette date.

En l'absence de toute indication dans la loi ou les documents parlementaires sur le sort à réserver aux décisions de ces chambres de recours en cas d'annulation d'une de celles-ci prononcée, comme en l'espèce, après le 15 mai 2007, il convient de renvoyer la cause, après annulation de la décision attaquée, à la juridiction de degré équivalent actuellement compétente pour en connaître, soit à la chambre de recours.

(annulation et renvoi)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), L. D., arrêt n° 188.224<sup>24</sup> du 26 novembre 2008

### Respect des droits de la défense - Conclusions non communiquées / Expertise non contradictoire

La commission d'appel, en sa qualité de juridiction, devait avoir égard au principe général imposant le respect des droits de la défense. Ce principe s'opposait à ce que la commission prît en considération, dans ses décisions, des conclusions qui n'avaient pas été portées à la connaissance de l'une des parties.

Elle ne pouvait régulièrement considérer que les droits de la défense avaient pu être garantis en raison du fait qu'il avait été répondu aux arguments du dispensateur de soins.

Il appartenait à la commission d'appel de veiller au respect du caractère contradictoire de l'expertise.

Le rapport d'expertise ne rencontre aucune des remarques émises par le dispensateur de soins à propos du rapport préliminaire. Il ne fait pas apparaître le ou les critères sur lesquels l'expert s'est fondé pour déterminer le caractère justifié ou non des examens prescrits par le dispensateur de soins.

(cassation et renvoi)

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), B. F., arrêt n° 188.791<sup>25</sup> du 15 décembre 2008<sup>26</sup>

### Réouverture des débats - Articles 2 et 774 du Code judiciaire / Question du renvoi après cassation

Le juge, qui a pour mission d'appliquer les règles de droit en vigueur aux faits soumis à son appréciation, viole les droits de la défense lorsqu'il supplée aux faits nécessaires à l'application d'une règle de droit, sans ordonner la réouverture des débats.

Aucune des dispositions des articles 142 et suivants de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 et des articles 304 et suivants de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, n'est incompatible avec les principes contenus dans l'article 774 du Code judiciaire.

Même en l'absence d'une demande de réouverture des débats, il incombait à la commission d'appel d'ordonner la réouverture des débats, en application des principes de l'article 774 du Code judiciaire et du respect des droits de la défense, dès lors qu'elle entendait faire application des modifications, apportées en cours d'instance, à la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994 par la loi programme (II) du 24 décembre 2002.

Il convient de régler la question du renvoi consécutif à la cassation en application des règles de droit en vigueur au jour du prononcé du présent arrêt.

A la date du présent arrêt, la cause ne peut plus être renvoyée devant la commission d'appel, autrement composée.

En l'absence de toute indication dans la loi ou les documents parlementaires sur le sort à réserver aux décisions de la commission d'appel en cas d'annulation d'une de celles-ci prononcée, comme en l'espèce, après le 15 mai 2007, il convient de renvoyer la cause, après annulation, à la juridiction de degré équivalent actuellement compétente pour en connaître, soit à la chambre de recours visée par l'article 144, § 1<sup>er</sup>, de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, tel que rétabli par l'article 2 de la loi du 21 décembre 2006 portant création des chambres de première instance et des chambres de recours auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

(cassation et renvoi)

25. Recours contre la décision de la commission d'appel du 30.10.2003.

26. Voy. aussi C.E.(6<sup>e</sup> Ch), 04.02.2009, C., n° 190.175 (décision commission d'appel du 29.06.2004, cass. et renvoi).



## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), D. R., arrêt n° 203.876<sup>27</sup> du 11 mai 2010

### Droits de la défense - Délai raisonnable - Article 6 CEDH - Violation - Sanction

Le dispensateur de soins reproche, à tort, à la chambre de recours de n'avoir pas conclu que la cause ne pouvait plus être jugée (et faire l'objet d'une décision sur le remboursement) dès lors qu'elle admettait que, devant le Comité du SECM, les droits de la défense n'avaient pas été respectés.

Il ressort de la décision attaquée que le dispensateur de soins a pu faire valoir ses arguments devant la chambre de recours et que celle-ci s'est prononcée sur les manquements reprochés en connaissance de cause.

Selon le dispensateur de soins, il ne peut pas être soutenu que le délai raisonnable court lorsque le SECM lui demande des justifications, au regard de la position défendue par la chambre de recours dans sa décision du 8 décembre 2006 reproduite dans l'arrêt du Conseil d'État n° 180.097 du 25 février 2008.

La chambre de recours y considère en effet que *"c'est à partir de la notification du dernier procès-verbal de constat d'infractions qu'il convient de faire débiter la période du délai raisonnable parce que c'est à cette date que l'accusation portée est connue de manière suffisamment complète"*.

Dans la décision querellée du 8 juin 2009, la chambre de recours a pris comme point de départ du délai raisonnable les procès-verbaux de constat établis en mai et octobre 2000. Le 1<sup>er</sup> août 2003, il était demandé au dispensateur de soins de faire parvenir ses justifications écrites.

La chambre de recours a conclu que le délai écoulé n'était pas raisonnable mais qu'elle pouvait se prononcer sur la réalité des griefs invoqués car les droits de la défense n'avaient pas été violés en l'espèce.

Ainsi, la chambre de recours a méconnu l'exigence de délai raisonnable imposée par l'article 6.1. de la CEDH, laquelle est indépendante du respect dû aux droits de la défense.

(cassation et renvoi)

27. Recours contre la décision de la chambre de recours du 08.06.2009.

## Conseil d'État (6<sup>e</sup> ch.), J. V., arrêt n° 209.282<sup>28</sup> du 29 novembre 2010

### Chambre de recours - Médecins-conseils - Récusation / Compétence du Conseil d'État / Causes de récusation - Indépendance - Impartialité

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 judiciaire, 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.

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. Partant, il est compétent pour examiner la requête en récusation.

Le dispensateur de soins invoque à l'encontre de deux membres siégeant, avec voix consultative, dans la chambre de recours, les articles 828, 2° et 5° et 831 du Code judiciaire.

Selon lui, les représentants des organismes assureurs ont "un intérêt direct à la cause", 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".

Ni la loi ASSI 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 aux chambres de recours.

Les 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 dispensateur de soins, est explicitement imposé par l'article 145, § 1<sup>er</sup> de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994.

Ce mode de présentation ne va pas davantage 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.

Le dispensateur de soins n'établit pas que ces membres auraient un intérêt personnel à la contestation ou qu'ils sont créanciers d'une des parties.

(rejet)

# I. Cour constitutionnelle, arrêt n° 114/2011 du 23 juin 2011

Loi du 6 janvier 1989, article 2

Loi du 14 juillet 1994, articles 51 et 73

Conclusion d'accords médico-mutualistes - Promotion de la prescription des médicaments les moins onéreux - Fondement juridique - Manque d'intérêt

*L'article 51, § 2, premier alinéa, de la loi du 14 juillet 1994 stipule que toute convention ou accord entre les médecins et les mutualités doit comprendre des engagements concernant les honoraires, les prix ainsi que, si possible, la maîtrise du volume des prestations.*

*Le Conseil d'État a dès lors jugé que l'éventuelle soumission à des obligations légales n'empêchait pas que les médecins s'engagent volontairement à adopter un comportement prescripteur judicieux.*

*Par conséquent, lorsque la disposition de l'article 73 de la loi du 14 juillet 1994 prescrit que la Commission nationale médico-mutualiste peut insérer des engagements complémentaires dans les accords en cours et à venir qui stimulent la prescription des spécialités pharmaceutiques remboursables les moins onéreuses, celle-ci ne fait que confirmer ce qui était déjà prévu dans l'article 51.*

*Dès lors qu'il est établi que l'article 51, § 2, alinéa premier, de la loi du 14 juillet 1994 procure déjà un fondement juridique valable aux accords médico-mutualistes qui encouragent la prescription des médicaments les moins onéreux, l'annulation des dispositions attaquées ne priverait pas ces accords de leur fondement légal et ne saurait dès lors procurer un avantage aux firmes pharmaceutiques ayant intenté une action. Les parties requérantes ne justifiant pas de l'intérêt requis, leur action est dès lors irrecevable.*

(n° du rôle : 4983)

...

*Quant aux dispositions attaquées et à leur contexte*

B.1.1. L'article 44 attaqué de la loi-programme du 23 décembre 2009 dispose que l'article 73, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après : loi AMI) est complété par l'alinéa suivant :

“La Commission nationale médico-mutualiste peut, en attendant les arrêtés visés à l'alinéa 4 et l'alinéa 11, selon la procédure visée aux articles 50 et 51, insérer des engagements complémentaires dans des accords en cours et à venir qui stimulent la prescription des spécialités pharmaceutiques remboursables les moins onéreuses, pour autant qu'il ne soit pas porté atteinte à la qualité des soins ou aux besoins thérapeutiques”.

B.1.2. L'article 45, également attaqué, de la loi-programme du 23 décembre 2009 prévoit que l'article 44 précité produit ses effets au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

B.2.1. Les articles 50 et 51 de la loi AMI règlent la conclusion des accords entre les médecins et les mutualités. Ces accords doivent contenir des engagements en matière d'honoraires et de prix. Ils peuvent également contenir des engagements en matière de gestion du volume, d'utilisation rationnelle et de prescription judicieuse des prestations pour lesquelles les dispensateurs de soins concernés sont mandatés (art. 51, § 2, al. 1<sup>er</sup>, de la loi AMI). Les prestations de santé en question portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent notamment la fourniture de médicaments (art. 34, al. 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, de la loi AMI).

B.2.2. Outre les engagements qu'ils prennent par le biais des accords précités, les médecins et les mutualités peuvent également être soumis à des obligations légales. Ainsi, les médecins et praticiens de l'art dentaire doivent s'abstenir de prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (art. 73, § 1<sup>er</sup>, al. 2, de la loi AMI). Le caractère inutilement onéreux de certaines spécialités pharmaceutiques s'évalue sur la base d'un pourcentage de prescriptions dans le secteur ambulatoire (art. 73, § 2, al. 3 et 9, de la loi AMI). Le législateur a habilité le Roi à fixer, sous certaines conditions, les pourcentages de prescriptions qui doivent être respectés (art. 73, § 2, al. 4 et 11, de la loi AMI).

*Quant à l'intérêt des parties requérantes*

B.3.1. Le recours en annulation a été introduit par huit sociétés pharmaceutiques et leur groupement d'intérêts, l'ASBL "...".

Le Conseil des ministres conteste l'intérêt des parties requérantes à l'annulation des dispositions attaquées.

B.3.2. La Constitution et la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle imposent à toute personne physique ou morale qui introduit un recours en annulation de justifier d'un intérêt. Ne justifient de l'intérêt requis que les personnes dont la situation pourrait être affectée directement et défavorablement par la norme attaquée.

B.3.3. Les sociétés requérantes font valoir qu'elles sont lésées par les dispositions attaquées, en ce que celles-ci donneraient rétroactivement un fondement légal à la possibilité d'inscrire, dans des accords en cours et à venir entre les médecins et les mutualités, des engagements complémentaires qui encouragent la prescription des spécialités pharmaceutiques remboursables les moins onéreuses. En effet, elles produisent des médicaments qui, le plus souvent, ne comptent pas parmi les spécialités pharmaceutiques les moins onéreuses. L'annulation des dispositions attaquées ferait disparaître le fondement légal précité et dès lors aussi le préjudice subi par les parties requérantes.

B.3.4. Les dispositions attaquées confirment que, sans préjudice de la procédure fixée à l'article 73 de la loi AMI, des engagements visant à promouvoir la prescription des médicaments les moins onéreux peuvent être inscrits dans les accords entre les médecins et les mutualités. Des doutes avaient surgi au sujet de cette possibilité, suite à plusieurs ordonnances du président du Tribunal de première instance de Bruxelles.

Les litiges à l'origine des ordonnances précitées portaient sur le point 6, a, de l'Accord national médico-mutualiste 2009-2010, conclu le 17 décembre 2008 au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et publié au Moniteur belge du 19 janvier 2009, qui entend "encourager, pour le traitement initial, la prescription des molécules les moins onéreuses". Selon ce point, les médecins qui adhèrent à cet accord s'engagent, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, lorsqu'ils entament des traitements avec une spécialité pharmaceutique appartenant à un des groupes énumérés, à débiter en principe, et dans au moins huit cas sur dix, avec une des molécules les moins onéreuses d'un groupe, pour autant qu'il n'existe pas de contre-indications et que les objectifs thérapeutiques soient atteints.

Dans deux ordonnances du 18 mai 2009 et du 21 septembre 2009, le président du Tribunal de première instance de Bruxelles a considéré que le point 6, a, de l'Accord national visait à fixer des pourcentages généraux de prescription de certains produits pharmaceutiques qui doivent être respectés, alors que, conformément aux articles 50, 51 et 73 de la loi AMI, de tels pourcentages doivent à première vue, selon ces ordonnances, être fixés par le Roi, de sorte que le point 6, a, de l'Accord national est, *prima facie*, entaché d'illégalité.

B.3.5. La portée des dispositions attaquées est précisée comme suit dans les travaux préparatoires :

“Récemment, dans le cadre de quelques procédures judiciaires, qui sont actuellement pendantes, l'on s'est interrogé pour savoir si la promotion de la prescription de médicaments moins onéreux lors du démarrage de nouveaux traitements pouvait légalement être réglée par des accords conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste.

Néanmoins, le gouvernement a décidé en octobre 2009 sur base de l'article 51, § 2, de la loi AMI que la CNMM pouvait formuler des alternatives aux mesures stimulant la prescription de médicaments bon marché proposées par lui. Il a en outre été confirmé en octobre 2009 que les nouvelles mesures visant à générer un rendement de 42,5 millions d'EUR en 2010 pouvaient être proposées par la CNMM.

Pour prévenir toute contestation juridique, cette décision du gouvernement est confirmée et ancrée dans la loi, ce qui assure également les objectifs budgétaires y figurant.

En réponse à la demande du Conseil d'État de préciser la procédure pour insérer des engagements complémentaires, il est précisé que la procédure générale de conclusion d'accord définie aux articles 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sera appliquée. Afin que cette procédure s'applique aux accords en cours, la rétroactivité au 1<sup>er</sup> janvier 2009 doit être prévue” (Doc. parl., Chambre, 2009-2010, DOC 52-2278/001, p. 22).

Les dispositions attaquées ont dès lors pour seul objectif de conférer un fondement juridique incontesté à l'engagement qui découle du point 6, a, de l'Accord national.

B.3.6. Après l'adoption des dispositions attaquées, le Conseil d'État s'est prononcé, dans son arrêt n° 205.919 du 28 juin 2010, sur un recours en annulation introduit par plusieurs sociétés pharmaceutiques et leur groupement d'intérêts, à l'encontre du même point 6, a, de l'Accord national. Dans cet arrêt, le Conseil d'État a constaté que l'article 73, § 2, de la loi AMI, tel qu'il était rédigé au moment de la conclusion de cet Accord national, n'était pas utile pour se prononcer sur la validité du point litigieux. Selon le Conseil d'État, cette disposition a pour objet :

“d'établir les autorités compétentes et les procédures selon lesquelles les pourcentages de médicaments “bon marché” que doivent prescrire les médecins pour éviter que leur mode de prescription soit considéré comme inutilement onéreux et par conséquent exposé à une sanction, mais non de régler, en dehors du mécanisme de sanction susceptibles d'être infligées aux médecins, les modalités de prescriptions de spécialités pharmaceutiques; [considérant] qu'en outre, l'article 73, § 2, vise tous les médecins et non uniquement ceux qui ont adhéré à la convention médico-mutualiste; que la référence à l'article 73, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ne peut servir à apprécier la validité de l'acte attaqué”.

Le Conseil d'État a constaté ensuite que le point en cause de l'Accord national reposait néanmoins sur un fondement juridique valable :

“Considérant que l'article 51, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qu'il prévoit que “Chaque convention ou accord doit contenir des engagements concernant les honoraires, les prix, ainsi que, si possible, la maîtrise du volume des prestations”, peut servir de fondement à l'article 6.a de l'acte attaqué dès lors qu'il vise à maîtriser le volume des prestations de santé”.

Le Conseil d'État a dès lors jugé que l'éventuelle soumission à des obligations légales n'empêchait pas que les médecins s'engagent volontairement à adopter un comportement prescripteur judiciaire (B.2.1).

B.3.7. Il découle de ce qui précède que les dispositions en cause ne font que confirmer ce qui était déjà prévu à l'article 51, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi AMI.

Cette conclusion n'est pas affectée par le fait que le Conseil d'État se référait à une version antérieure de l'article 73, § 2, de la loi AMI. Contrairement à ce que soutiennent les parties requérantes, l'alinéa 3 de cet article, avant sa modification par la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, disposait que les pourcentages visés dans cette disposition étaient fixés par le Roi. L'exposé des motifs de la loi citée en dernier lieu mentionne à ce sujet :

“L'article 73 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit qu'un nombre minimum de “prescriptions bon marché” doivent être réalisées par les professionnels de la santé. Le Roi dispose actuellement de la compétence d'adapter le pourcentage de “prescriptions bon marché” qui doivent être réalisées. L'adaptation prévoit cependant que cette modification ne pourra dorénavant se faire qu'après avis de la Commission nationale médico-mutualiste et la Commission nationale dento-mutualiste, au sein desquels les professionnels de la santé sont représentés. Une délibération en Conseil des ministres est également ajoutée aux formalités à accomplir” (Doc. parl., Chambre, 2008-2009, DOC 52-1491/001, pp. 14-15).

B.3.8. Dès lors qu'il est établi que l'article 51, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi AMI procure déjà un fondement juridique valable aux accords médico-mutualistes qui encouragent la prescription des médicaments les moins onéreux, l'annulation des dispositions attaquées ne priverait pas ces accords de leur fondement légal et ne saurait dès lors procurer un avantage aux parties requérantes.

B.4. Les parties requérantes ne justifient pas de l'intérêt requis. Le recours en annulation est dès lors irrecevable.

PAR CES MOTIFS,  
LA COUR

rejette le recours.

...

## II. Cour du travail de Mons, 13 juillet 2011

Loi du 14 juillet 1994, article 100

Incapacité de travail - Groupe de professions - Expertise - Éléments autres que ceux relatifs à l'état de santé - Dérogation au rapport d'expertise

*Lorsque l'expert désigné par la Cour juge que l'assuré est autorisé, sur le plan médical, à exercer encore différents métiers vu sa formation professionnelle, mais accorde néanmoins un taux d'incapacité de travail de plus de 66 %, celui-ci ne peut pas être suivi.*

*Les possibilités restreintes de réinsertion de l'intéressé sur le marché du travail, imputables à la concurrence ou à la crise économique, ne peuvent être invoquées comme argument pour être reconnu incapable de travailler, ces risques étant couverts par l'assurance chômage et non par l'assurance maladie-invalidité.*

*En outre, les conditions d'octroi des indemnités d'invalidité sont d'ordre public et chaque examen médical est effectué par le Conseil médical de l'invalidité, indépendamment des résultats et des conséquences des examens préalables.*

*L'expert désigné ne pouvait donc pas intégrer dans son rapport des éléments autres que ceux relatifs à l'état de santé de l'intéressé.*

INAMI c./P.C.

R.G. 2010/AM/240

...

Il ressort de ces considérations que l'expert reconnaît que Mme C.P. pourrait d'un point de vue médical exercer des professions en rapport avec son diplôme de couture ainsi que des professions peu qualifiées ou légères. Il estime toutefois que l'intéressée présente le taux de réduction de capacité de gain prévu par l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 en raison des difficultés à l'embauche et de la reconnaissance prolongée en invalidité.

L'expert ne peut être suivi en cette conclusion. D'une part, si la réduction de capacité de gain doit faire l'objet d'une évaluation personnalisée et concrète sur la base des profils scolaire, professionnel, socio-économique et médical, la limitation des possibilités réelles de réinsertion liée à la concurrence sur le marché de l'emploi ou à la crise économique ne pourrait justifier à elle seule le maintien en incapacité, dans la mesure où le risque couvert par l'assurance maladie invalidité couvre un autre risque social que celui couvert par l'assurance chômage. D'autre part, il ne peut être tiré argument de la reconnaissance prolongée en incapacité, dans la mesure où les conditions d'octroi des indemnités sont d'ordre public, où chaque examen médical du conseil médical de l'invalidité est indépendant de la situation antérieure et où surtout il ne résulte pas des constatations de l'expert que cette reconnaissance prolongée aurait eu une répercussion sur la santé même de Mme C.P.

Les conclusions du Docteur E.D. ayant été dictées par des éléments étrangers à l'état de santé de Mme C.P., il n'y avait pas lieu de les entériner.

L'appel est fondé.

...

### III. Cour du travail d'Anvers, section de Hasselt, 13 janvier 2011

Loi du 14 juillet 1994, article 100  
A.R. du 10 janvier 1969, article 2, 1<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup>  
Compétence du Tribunal du travail – Sanction de l'assuré – Procédure au pénal – Absence d'autorité de la chose jugée

*Du simple fait que l'assuré a été acquitté au pénal dans une affaire de fausse déclaration, le Tribunal du travail n'a pas pu en déduire que l'assuré n'aurait pas exercé d'activités non autorisées.*

*Le Tribunal du travail n'était dès lors pas lié par une chose jugée au pénal et disposait des pleins pouvoirs juridictionnels pour juger si l'assuré avait exercé des activités non autorisées au cours de son incapacité de travail.*

INAMI c./ O.A. et ONEm  
R.G. 2006/AH/338

...

### V. Ten Gronde

A. De administratieve beslissingen van het RIZIV van 1 december 1998, 2 december 1998 en 6 april 1999

a. Het strafrechtelijk gewijsde van het arrest van het hof van beroep te Antwerpen van 19 februari 2004

Het RIZIV kan niet akkoord gaan met het standpunt van de eerste rechters inhoudende dat het hof van beroep te Antwerpen in zijn arrest van 19 februari 2004 zeker en noodzakelijk heeft beslist dat V. geen niet-toegelaten activiteiten heeft uitgeoefend tijdens zijn periode van arbeidsongeschiktheid en zodoende ook niet ten onrechte ziekte-uitkeringen heeft ontvangen en dit arbeidshof onderschrijft voormelde stelling van het RIZIV.

Immers de betichting waarvoor V. voor het hof van beroep te Antwerpen diende terecht te staan betrof het wetens en willens een onvolledige onjuiste verklaring te hebben afgelegd als potentieel gerechtigde op ziekte-uitkeringen.

De vrijspraak van V. voor deze betichting werd door het hof gemotiveerd als volgt:

“Overwegende dat na behandeling van de zaak ter terechtzitting en na onderzoek van het strafdosier de schuld van beklagde aan het ten laste gelegde feit niet bewezen is.

Overwegende dat niet bewezen is dat beklagde een onvolledige of onjuiste verklaring heeft afgelegd.

Dat het niet naleven van de verplichting een verklaring af te leggen, zoals bepaald in artikel 1 van het Koninklijk besluit van 31 mei 1933 een ander feit betreft”.



Het hof van beroep oordeelde derhalve, met arrest van 19 februari 2004, enkel en alleen dat niet afdoende bewezen is dat V. schuldig zou zijn aan het opzettelijk afleggen van een valse verklaring, m.a.w. de strafrechter heeft enkel en alleen uitspraak gedaan over het al dan niet afleggen van een valse verklaring doch doet helemaal geen uitspraak over de feiten waarvoor V. werd uitgesloten en gesanctioneerd door het RIZIV en welke het uitoefenen van niet-toegelaten activiteiten tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid betreffen.

Het hof heeft V. vrijgesproken omdat de feiten verkeerd gekwalificeerd waren.

Op het ogenblik van zijn werkhervatting moest V. zijn verzekeringsinstelling hiervan verwittigen doch hij heeft dit niet gedaan en heeft bijgevolg nagelaten een verklaring af te leggen hetgeen iets anders is dan wetens en willens een valse verklaring te hebben afgelegd.

Het hof van beroep heeft zich niet uitgesproken over het feit of V. al dan niet de verplichting een verklaring af te leggen heeft miskend.

In de thans voorliggende zaak handelt het over het uitvoeren door V. van een niet-toegelaten activiteit tijdens zijn periode van arbeidsongeschiktheid en daarover heeft het hof van beroep niets gezegd.

Uit het loutere feit dat V. strafrechtelijk werd vrijgesproken van het afleggen van een valse verklaring konden de eerste rechters bijgevolg niet afleiden dat V. geen niet-toegelaten activiteiten zou hebben uitgeoefend.

De eerste rechters waren in casu dan ook niet gebonden door een strafrechtelijk gewijsde en hadden volle rechtsmacht om te oordelen over het feit of V. niet-toegelaten activiteiten uitgeoefend heeft tijdens zijn arbeidsongeschiktheid.

b. Het uitoefenen van niet-toegelaten activiteiten tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid van 20 oktober 1997 tot 21 september 1998

1. De erkenning van arbeidsongeschiktheid is overeenkomstig artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 afhankelijk van twee voorwaarden, nl. arbeidsstopzetting en vermindering van verdienvermogen tot 1/3 of minder dan 1/3 van de vergelijkingspersoon wegens het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen.

Voor de toepassing van voormelde bepalingen wordt onder arbeid verstaan, elke werkzaamheid met productief karakter die wordt verricht in het maatschappelijk verkeer ook als zij niet tegen loon als vriendendienst wordt verricht (Cass. 18.05.1992 – Arr. Cass. 1991-1992 nr. 490, p. 886).

2. In casu heeft V. wel degelijk niet-toegelaten activiteiten uitgeoefend die erop gericht waren diensten voort te brengen waaruit hij rechtstreeks of onrechtstreeks een economisch voordeel kon halen voor zichzelf of voor iemand anders.

Zulks blijkt duidelijk uit de verklaringen van (...) zaakvoerder van de firma (...) bvba en van (...) ex-werknemer van deze firma afgelegd dd. 2 september 1998 t.o.v. de sociale controleurs (sub II, 2).

Het waarnemen van de zaken in het bureel van de firma bij afwezigheid van de zaakvoerder zoals het nakijken van de post of fax, het geven van advies aan de zaakvoerder inzake de Belgisch wetgeving en de detacheringen van de werknemers naar het buitenland, het regelen van de praktische zaken zoals de telefoonopnamen en personeel aanwerven en tenslotte het geven van werkopdrachten aan deze laatste zijn zeker als werkzaamheden met een productief karakter te bestempelen; het komt noch min of meer neer op het runnen van de firma (...) wanneer de zaakvoerder afwezig is; het betreft helemaal niet een minimale werkzaamheid; bovendien is het eventueel uitzonderlijk of occasioneel karakter niet relevant (arb. Hof Antwerpen, afdeling Hasselt 27.11.1992 – rechtspraakrep. Inzake Ziekte- en Invaliditeitsverz. RIZIV 72 p. RR-R7).

V. beantwoordt derhalve niet aan de door artikel 100 § 1 ZIV-wet voorgeschreven voorwaarden om als arbeidsongeschikt erkend te worden, meer bepaald stopzetting van alle werkzaamheden.

De administratieve beslissingen van het RIZIV dd. 1 december 1998 en 2 december 1998 zijn correct.

c. De administratieve beslissing van het RIZIV van 6 april 1999

Rekeninghoudend met hetgeen voorafgaat betwist V. ook ten onrechte de door het RIZIV bij beslissing van 6 april 1999 opgelegde sancties:

- o wat betreft de voorafgaande toelating:

Artikel 2, 4<sup>o</sup> Koninklijk besluit van 10 januari 1969 bepaalt dat de gerechtigde van het recht op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid wordt uitgesloten naar *rata* van één en ten hoogste dertig daguitkeringen indien hij, in een periode waarin hij de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid genoot, een arbeid heeft hervat zonder daartoe van de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling toestemming te hebben verkregen, overeenkomstig artikel 14 van het Koninklijk besluit van 31 december 1963 (huidig artikel 16).

Luidens artikel 14 van het koninklijk besluit van 31 december 1963 kan de gerechtigde die uitkeringen trekt overeenkomstig artikel 231 van het Koninklijk besluit van 4 november 1963 (huidig art. 230) van de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling toestemming verkrijgen om een met zijn gezondheidstoestand verenigbare arbeid te hervatten. De toestemming moet door de gerechtigde worden aangevraagd en door de adviserend geneesheer worden verleend voor elke arbeidshervatting.

Het hof van Cassatie heeft zich steeds in deze zin uitgesproken (Cass., 18.05.1992, stuk 9, bundel RIZIV).

In kwesties geval staat vast dat V. geen toestemming aan de adviserend geneesheer had gevraagd en dus terecht door de leidend ambtenaar in toepassing van artikel 2, 4<sup>o</sup> van het Koninklijk besluit van 10 januari 1969 uitgesloten werd van het recht op 30 daguitkeringen.

- o wat betreft de kennisgeving van de spontane werkhervatting:

In artikel 2, 6<sup>o</sup> van het Koninklijk besluit van 10 januari 1969 wordt bepaald dat de gerechtigde die, na een spontane hervatting van het werk of de werkloosheid, zijn verzekeringsinstelling daarvan niet in kennis heeft gesteld en verder uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid heeft ontvangen naar *rata* van ten minste één en ten hoogste 75 daguitkeringen uitgesloten wordt van het recht op uitkeringen.

In casu staat vast dat V. geen kennisgeving heeft gedaan.

Het is dan ook duidelijk dat ook de administratieve sanctie in toepassing van artikel 2, 6<sup>o</sup> van het Koninklijk besluit van 10 januari 1969 (75 dagen) terecht werd opgelegd.

- o wat betreft het niet aangeven van een beroepsinkomen met als doel het verkrijgen van onverschuldigde prestaties:

In artikel 2, 1<sup>o</sup> van het Koninklijk besluit van 10 januari 1969 wordt bepaald dat de gerechtigde die inkomsten die hij heeft verkregen uit een beroepsarbeid niet heeft aangegeven aan zijn verzekeringsinstelling, met als doel onverschuldigde prestaties te bekomen naar *rata* van tenminste één en ten hoogste 75 daguitkeringen uitgesloten wordt van het recht op uitkeringen.

De activiteiten van de firma bvba (...) bestaan uit: algemene bouwwerken, isolatiewerken, metaalwerken, milieutechniek, ...

Uit het onderzoek is onomstotelijk gebleken dat V. voor voormelde firma activiteiten uitoefende (over de meest uiteenlopende zaken advies geven, de zaken op kantoor waarnemen, personeel aanwerven, ...).

De leidend ambtenaar heeft terecht geoordeeld dat de door V. uitgeoefende activiteiten van die aard waren dat ze bezoldigd waren. V. heeft trouwens nadat hij betrappt werd, toelating gevraagd aan de adviserend geneesheer van zijn mutualiteit om bij de firma: bureelwerk te verrichten en werd hiervoor door de firma (...) vanaf 7 december 1998 effectief in dienst genomen en bezoldigd; het komt het hof ongeloofwaardig voor dat zulke bezoldiging er niet zou geweest zijn in de periode ervoor waarin hij dezelfde activiteiten uitoefende.

Het is dan ook duidelijk dat de administratieve sanctie in toepassing van artikel 2, 1<sup>o</sup> Koninklijk besluit 10 januari 1969 (75 dagen) terecht werd opgelegd.

## B. De terugvorderingsbeslissingen van de V.I. van 18 mei 2001 en 8 juni 2001

De terugvorderingsbeslissingen van 18 mei 2001 en 8 juni 2001 betreffen respectievelijk de door V.I. ten onrechte verleende terugbetaling van geneeskundige kosten t.b.v. 160,12 EUR die aan V. werden verleend vanaf 1 januari 2001 en ten onrechte verleende ziekte-uitkeringen t.b.v. 2 548,74 EUR over de periode 4 augustus 2000 en tot en met 30 september 2000.

Voormelde terugvorderingen waren het gevolg van het feit dat de RVA bij administratieve beslissingen van 31 oktober 2000 en 16 januari 2001 de door V. vanaf 1 januari 1999 genoten werkloosheidsuitkeringen terugvorderde (sub II, 7) waardoor diens verzekeraar in de ziekteverzekering niet meer in orde was.

Nu voormelde administratieve beslissingen van de RVA ingevolge het vonnis van de arbeidsrechtbank te Tongeren van 20 november 2006 dat het verhaal van V. tegen deze administratieve beslissingen van 31 oktober 2000 en 16 januari 2001 ongegrond verklaarde en ingevolge de hoger door het hof besliste onontvankelijkheid van het hoger beroep van V. tegen voormeld vonnis van de arbeidsrechtbank te Tongeren van 20 november 2006, definitief geworden zijn en niet meer voor betwisting vatbaar, kunnen de terugvorderingen van V.I. die voortvloeien uit deze administratieve beslissingen van de RVA, ook niet meer betwist worden en zijn ze gegrond.

## C. De gerechtskosten

1. Het RIZIV en de V.I. vragen dat V. zou veroordeeld worden tot de kosten van de procedure in eerste aanleg en hoger beroep wegens manifeste sociale fraude in zijnen hoofde zodat zijn procederen als tergend en roekeloos dient bestempeld.

2. Het hof is het eens met het standpunt van het RIZIV en de V.I.

Immers uit het door de heer F. V., adjunct-controleur bij het RIZIV, dd. 3 december 1998 opge maakte enquêteverslag en bijgevoegde onderzoeksverslagen met de verhoren van de collega's van de inspectiediensten alsook de krantenknipsels (stukken 3 t/m 6 en 16 bundel RIZIV blijkt dat V. zichzelf inschreef bij de firma (...) met de bedoeling een hoge uitkering te ontvangen terwijl hij met ganse ploegen in onderaanneming werkte, verder dat hij de rechterhand was van koppelbaas (...) waarvoor hij een veroordeling opliep en tenslotte dat hij sedert de benoeming van de heer (...) als zaakvoerder van de firma (...) de drijvende kracht was in dit bedrijf), kortom voor het hof staat vast dat V. een gepatenteerd sociaal fraudeur is.

Het RIZIV stelt dan ook terecht dat het beoogde doel van artikel 1017, lid 2 Ger. W. erin bestaat de zwakke sociaal verzekerde een betere bescherming te bieden en dat het geenszins de bedoeling van de wetgever geweest kan zijn dat deze bepaling door een onverbeterlijke sociaal delinquent zou misbruikt worden om de gemeenschap nog meer op kosten te jagen. V. 's optreden voor de arbeidsgerechten is hierdoor als tergend en roekeloos te bestempelen.

Het hof merkt volledigheidshalve nog op dat de door V. gehanteerde bedragen voor rechtsplegingsvergoeding onjuist zijn.

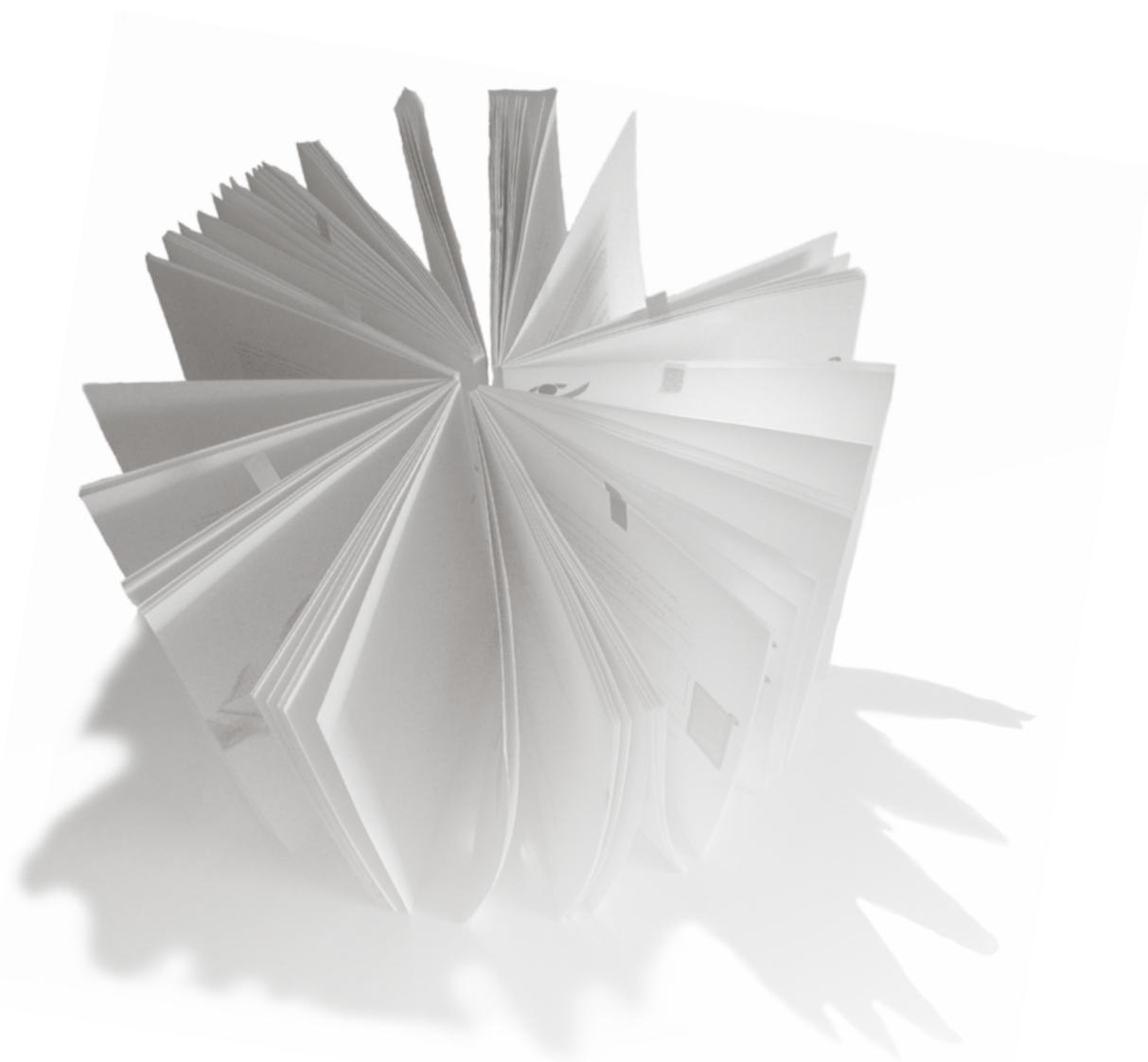
Vooreerst kan er door de samenvoeging van de zaken maar één rechtsplegingsvergoeding per aanleg verschuldigd zijn.

Verder kan voor de procedure eerste aanleg geen toepassing gemaakt worden van het Koninklijk besluit van 26 oktober 2007 tot vaststelling van het tarief van de rechtsplegingsvergoeding bedoeld in artikel 1022 van het Ger. W. aangezien deze nieuwe wetgeving alleen van toepassing is op hangende zaken en niet op vóór de inwerkingtreding van het Koninklijk besluit reeds in eerste aanleg beslechte zaken.

Tevens dient toepassing te worden gemaakt van artikel 4 van het Koninklijk besluit van 26 oktober 2009 zijnde niet in geld waardeerbare zaken.

Tenslotte ziet het hof geen reden om af te wijken van het door het Koninklijk besluit voorziene basisbedrag der rechtsplegingsvergoedingen.

4<sup>e</sup> Partie  
Questions et réponses  
parlementaires



# I. Indemnités

## Invalidité par groupe de maladie - Évolution - Explication

Question n° 5-250 posée le 25 octobre 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 Sénateur VAN ROMPUY<sup>1</sup>

L'INAMI publie chaque année bon nombre de données statistiques, dont celles relatives aux interventions de l'Institut.

Un des tableaux figurant dans cette publication présente le nombre d'invalides par groupe de maladies pour les années 2004 à 2008.

En étudiant ce tableau, on peut constater que le nombre d'invalides présente chaque année une tendance haussière assez forte. En 2004, 204 397 personnes étaient considérées comme invalides. En 2008, on en dénombrait déjà 232 153, ce qui représente une augmentation de près de 28 000 invalides en quatre ans.

La tendance à la hausse est particulièrement forte pour les invalides souffrant de troubles mentaux. Au cours de la période 2007-2008, on peut même observer que le nombre de ces invalides a crû de plus de 4 000 personnes. Le nombre des invalides souffrant de maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif augmente lui aussi année après année.

Ces constats m'amènent à poser à la ministre les questions suivantes.

1. Comment la ministre explique-t-elle la croissance annuelle du nombre d'invalides ?
2. Cette évolution est-elle la même pour les salariés et les indépendants ?
3. La ministre connaît-elle déjà l'évolution observée en 2009 ?
4. Comment la ministre explique-t-elle la forte hausse du nombre d'invalides souffrant d'un trouble mental ?
5. Comment la ministre explique-t-elle la forte hausse du nombre d'invalides souffrant d'une maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ?

## Réponse

1. L'augmentation annuelle du nombre d'invalides peut s'expliquer comme suit :
  - à partir de 1997 l'âge de la retraite des femmes a été prolongé d'une année tous les trois ans. Depuis 2009, l'âge de la retraite des femmes est aligné sur celui des hommes à savoir 65 ans. L'augmentation de l'âge de la retraite des femmes à partir de 1997 a eu pour conséquence que plus de femmes sont entrées en invalidité. D'une part, les femmes invalides peuvent rester titulaires d'indemnités jusqu'à un âge plus avancé, et, d'autre part, de nouvelles titulaires peuvent encore entrer en invalidité au-delà de leur 60<sup>e</sup> anniversaire

- le taux de participation sur le marché du travail a fortement augmenté, surtout chez les femmes qui sont devenues plus actives sur le marché du travail au cours de ces dernières années et ce jusqu'à un âge plus avancé. Le nombre de titulaires susceptibles d'entrer en invalidité a dès lors augmenté
- un troisième facteur explicatif de l'augmentation des invalides est le vieillissement de la population. De plus en plus de titulaires arrivent dans des catégories d'âge plus élevées où la probabilité d'entrer en invalidité y est plus élevée.

Une étude complète sur les facteurs explicatifs concernant l'augmentation du nombre d'invalides peut être consultée sur le site de l'Institut d'assurance maladie-invalidité (INAMI) : <http://www.inami.be/information/fr/studies/index.htm>

2. Le tableau en annexe donne l'évolution du nombre d'invalides par groupe de maladie dans le régime des salariés et le régime des indépendants pour la période de 2004 à 2009.

L'évolution du nombre d'invalides dans le régime des indépendants est également en augmentation. Le nombre d'invalides indépendants a augmenté de 14,16 % dans la période 2004 - 2009. L'augmentation est toutefois plus prononcée dans le régime des salariés à savoir + 20 %.

Dans le régime des salariés, les troubles psychiques sont la principale cause d'invalidité suivie par les maladies du système ostéo-articulaire. Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la troisième cause.

Dans le régime des indépendants la principale cause est le groupe de maladie 13 (les maladies du système ostéo-articulaire). Les cas de troubles psychiques qui sont en augmentation chez les indépendants, constituent la deuxième cause. Comme chez les salariés, les maladies de l'appareil circulatoire sont la troisième cause d'invalidité.

3. Les évolutions pour l'année 2009 sont reprises dans les tableaux en annexe.

4. Cette évolution ne concerne pas que la Belgique. L'augmentation de la part des pathologies mentales dans les indemnités versées aux personnes en incapacité de travail est en hausse dans tous les pays industrialisés. À cet égard, l'INAMI participe à un réseau mis en place au sein de l'OCDE dont un des objectifs est de mieux comprendre et d'appréhender ce problème. À ce stade, nous pouvons estimer que cette hausse est la combinaison de plusieurs facteurs :

- a. Une augmentation lourde, depuis plusieurs années dans notre société, de troubles psychiques comme la dépression ou le stress dont les liens avec les conditions de travail sont évidents.
- b. Une meilleure détection de ces troubles par notre système de première ligne.
- c. Une certaine stigmatisation dont sont victimes les personnes souffrant de troubles psychiques sur le marché du travail et qui rend assez difficile leur réintégration professionnelle. Cette stigmatisation entraîne souvent un décrochage qui installe les assurés dans des longues périodes d'invalidité. D'une manière plus générale, l'INAMI analyse pour l'instant, au sein de la *task force* incapacité de travail, les récentes évolutions de l'incapacité de travail et la question des troubles psychiques fait partie de cet agenda. Ces travaux concernent tant le suivi médico-social des assurés que l'optimisation de leur réintégration sur le marché de l'emploi sur une base volontaire.

5. Là encore l'augmentation des pathologies musculaires et articulaires est une tendance lourde que l'on observe tant au niveau belge qu'au niveau européen. Il est évidemment difficile de parler d'épidémie mais l'évolution des maladies chroniques en général et de ces maladies en particulier a des effets directs sur le marché de l'emploi et donc sur le nombre d'invalides. Notre régime d'indemnisation de l'incapacité de travail suit cette évolution en indemnisant les personnes reconnues pour ces pathologies.

Évolution du nombre d'invalides par groupe de maladie – régime des indépendants						
Groupe de maladie	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. Maladies infectieuses et parasitaires	174	169	172	181	181	186
2. Tumeurs	1 411	1 518	1 625	1 770	1 837	1 976
3. Mal. endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	483	488	499	478	450	465
4. Maladies du sang et des organes des hématopoïdes	24	27	26	32	31	31
5. Troubles mentaux	3 092	3 172	3 282	3 397	3 439	3 668
6. Maladies du système nerveux et des organes des sens	962	975	1 023	1 053	1 106	1 166
7. Maladies de l'appareil circulatoire	2 723	2 697	2 684	2 668	2 591	2 548
8. Maladies de l'appareil respiratoire	486	471	489	478	464	435
9. Maladies de l'appareil digestif	447	440	456	449	446	463
10. Maladies des organes génito-urinaires	149	154	149	148	160	180
11. Complications de la grossesse et accouchement	1	6	6	8	5	6
12. Mal. de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	97	99	99	107	105	112
13. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	4 625	4 694	4 897	5 052	5 157	5 521
14. Anomalies congénitales	72	72	71	68	78	77
15. Affections origine de la période périnatale	2	2	2	2	5	4
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	515	505	511	484	436	447
17. Lésions traumatiques et empoisonnements	1 757	1 867	1 942	2 027	2 061	2 145
<b>Total</b>	<b>17 020</b>	<b>17 356</b>	<b>17 933</b>	<b>18 402</b>	<b>18 552</b>	<b>19 430</b>



Évolution du nombre d'invalides par groupe de maladie - régime général						
Groupe de maladie	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. Maladies infectieuses et parasitaires	1 951	1 952	1 969	2 024	2 108	2 133
2. Tumeurs	11 697	12 197	12 918	13 592	14 266	15 099
3. Mal. endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	5 112	5 152	5 214	5 308	5 430	5 604
4. Maladies du sang et des organes des hématopoïdes	361	368	373	390	392	413
5. Troubles mentaux	66 031	68 272	70 833	74 054	78 112	83 239
6. Maladies du système nerveux et des organes des sens	12 817	13 024	13 450	13 821	14 347	14 895
7. Maladies de l'appareil circulatoire	19 744	19 517	19 415	19 372	19 216	19 446
8. Maladies de l'appareil respiratoire	6 125	5 868	5 749	5 664	5 562	5 674
9. Maladies de l'appareil digestif	6 048	5 973	5 971	6 052	6 143	6 241
10. Maladies des organes génito-urinaires	1 888	1 917	1 990	2 002	2 009	2 046
11. Complications de la grossesse et accouchement	305	339	389	436	510	525
12. Mal. de la peau et du tissu cellulaire souscutané	1 039	1 073	1 145	1 203	1 241	1 321
13. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	51 850	52 951	55 441	58 032	60 595	65 169
14. Anomalies congénitales	1 439	1 442	1 449	1 510	1 536	1 577
15. Affections origine de la période périnatale	27	30	27	27	26	29
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	4 160	4 487	4 734	4 895	4 884	5 297
17. Lésions traumatiques et empoisonnements	13 803	14 033	14 755	15 302	15 776	16 595
<b>Total</b>	<b>204 397</b>	<b>208 595</b>	<b>215 822</b>	<b>223 684</b>	<b>232 153</b>	<b>245 303</b>

## II. Médicaments

### Dépenses - Mesures de contrôle

Question n° 5-278 posée le 26 octobre 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 Sénateur DEFRAIGNE<sup>1</sup>

Entre 2000 et 2008, le nombre de médicaments prescrits a augmenté de près de 50 % en Belgique.

D'après les derniers chiffres de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), en 2008, les Belges ont consommé 4,2 milliards de doses quotidiennes de médicaments (soit une augmentation de 6 % par rapport à l'année 2007), ce qui a coûté au total à l'INAMI, 3,2 milliards d'EUR (soit 12,5 % de plus qu'en 2007).

À l'heure actuelle, en plus de l'augmentation des prescriptions, les médicaments prescrits (notamment antidépresseurs, traitements pour réduire le taux de cholestérol, vaccins contre le cancer du col de l'utérus, ...) sont particulièrement coûteux, ce qui plonge l'INAMI dans le rouge.

Suite à ce constat, pourriez-vous répondre à ces questions :

1. Quelles mesures concrètes peuvent être prises afin de réduire les dépenses de l'INAMI ?
2. Comment expliquez-vous cette augmentation de consommation de médicaments ?
3. Des campagnes de prévention contre la surmédication et la surconsommation de médicaments ont-elles eu lieu ?
4. L'assurance-maladie envisage des conditions plus strictes pour les remboursements. Ne risquez-vous pas de mettre certaines catégories de personnes "dans le rouge", notamment les pensionnés qui restent les principaux consommateurs de médicaments (39,6 %) ?
5. Une autre solution avancée est de diminuer le nombre de médicaments remboursés par la sécurité sociale. Sur quels critères allez-vous vous appuyer pour réduire ce nombre ?

### Réponse

1. Une grande palette de mesures concrètes peuvent être prises pour réduire les dépenses en médicaments. Outre les pistes en matière de volume que vous évoquez, le recours systématique aux molécules moins chères et aux spécialités les moins chères de celles-ci, ainsi qu'une pression sur tous les prix sont des mesures efficaces.

2. Le vieillissement de la population et la multi-morbidité de cette population âgée se reflètent naturellement dans une croissance des dépenses. Par ailleurs, des médicaments plus performants mais plus chers arrivent sur le marché, ce qui produit également une augmentation des coûts. Comme exemple, je peux citer les médicaments “anti-TNF” utilisés dans le traitement de l’arthrite rhumatoïde. Pour ces nouveaux médicaments tels que ... et ..., on a dépensé en 2009 124,9 millions d’EUR pour 3,1 millions de doses journalières (DDD). À titre de comparaison, pour le ... , ancien médicament utilisé également pour la polyarthrite rhumatoïde, seulement 900 000 EUR ont été dépensés pour 5,4 millions de doses journalières.

3. Toutes les initiatives suivantes permettent au prescripteur de mettre son comportement de prescription en adéquation avec l’état de la situation en matière de prescription rationnelle.

L’Institut national d’assurance maladie-invalidité organise deux fois par an des réunions de consensus au cours desquelles l’usage efficient des médicaments est discuté en public. Les recommandations qui sont ensuite rédigées par le jury sont envoyées à tous les médecins, dentistes et pharmaciens. Sur le site web de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité, la version longue et détaillée du texte, de même que les recommandations peuvent être consultées par les prescripteurs.

Les médecins prescrivant plus de cent conditionnements par semestre et les dentistes prescrivant plus de seize conditionnements, reçoivent annuellement le profil relatif à leurs prescriptions bon marché.

Le pourcentage de prescriptions “bon marché” a été augmenté pour tous les prescripteurs en 2011.

Fin août 2010, la brochure “Inhibiteurs de la pompe à protons et statines: utilisation et prescription” a été envoyée à tous les prescripteurs. Dans cette brochure, sont reprises les recommandations en vue d’une prescription rationnelle des médicaments en question.

4. et 5. Dans vos questions relatives à l’adaptation du remboursement des médicaments en vue de réaliser des économies sur le budget des médicaments, vous suggérez des mesures qui visent tant à diminuer l’offre – par la suppression d’un certain nombre de médicaments de la liste des spécialités remboursables – qu’à restreindre l’accès à des spécialités pharmaceutiques remboursables – en rendant les conditions pour leur remboursement plus strictes.

En réponse à cela, je peux vous confirmer que l’évolution des dépenses pour le remboursement des médicaments retient mon attention en permanence. Mon premier souci est cependant de pouvoir, dans les limites du budget à disposition pour les thérapies médicamenteuses, offrir les meilleurs soins possibles aux patients qui en ont besoin.

Les avis et les propositions que la Commission de remboursement des médicaments formulent pour soutenir mes décisions à ce sujet sont de la plus haute importance. Cette commission apprécie entre autres la valeur thérapeutique et la plus-value thérapeutique des différents médicaments ainsi que leur place dans la pratique médicale. Il va de soi que l’élément “besoin médical”, qui reflète le besoin réel des patients, est un critère crucial pour ceci.

Je tiens donc à souligner que s’il est réfléchi à des mesures visant à maintenir sous contrôle le budget des médicaments, en augmentant le rapport coût-efficacité de leur utilisation, l’intérêt des patients prévaut et continuera à prévaloir. Je veillerai dès lors à ce qu’aucune mesure n’ait pour conséquence que des thérapies essentielles ne soient pas ou plus disponibles pour des patients qui en ont effectivement besoin.

## III. Médicaments

### Consommation - Autres pays européens - Mesures de contrôle

Question n° 5-1648 posée le 4 mars 2011 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'intégration sociale par Monsieur le Sénateur ANCIAUX<sup>1</sup>

Malgré la diminution systématique du nombre de généralistes et d'hôpitaux, la consommation de médicaments continue à croître. Dans les maladies cardiovasculaires, l'utilisation d'anticholestérolémiants en 2009 a enregistré une hausse de 11,5 % par rapport à 2008. La consommation de médicaments pour les affections du système nerveux (comme les antidépresseurs) a augmenté de 10 %. Certes, différents facteurs, tel le vieillissement de la population, peuvent expliquer ces hausses, mais ce phénomène reste étonnant, voire alarmant.

Je souhaiterais obtenir une réponse aux questions suivantes :

1. Comment la consommation annuelle de médicaments a-t-elle évolué en Belgique entre 2006 et 2010, et ce, par sorte de médicaments ? Comment la ministre évalue-t-elle et explique-t-elle ces évolutions ?
2. Où se situe la consommation de médicaments en Belgique par rapport aux autres pays de l'Europe occidentale ? Comment évalue-t-elle et explique-t-elle ces comparaisons ?
3. L'utilisation d'anticholestérolémiants et d'antidépresseurs présente-t-elle des signes d'abus ou de surconsommation ? Dans l'affirmative, lesquels et pourquoi ? Dans la négative, sur quels arguments fonde-t-elle ses constatations ?
4. En ce qui concerne la consommation ou l'abus de certains médicaments, les autorités ont organisé une campagne de sensibilisation, par exemple, à propos des antibiotiques. Cette campagne a-t-elle obtenu de bons résultats ? Dans l'affirmative, lesquels ? La ministre envisage-t-elle d'organiser des campagnes similaires pour d'autres médicaments, comme les anticholestérolémiants et les antidépresseurs ?

### Réponse

En réponse à votre question, je peux vous communiquer ce qui suit :

1. Le tableau 1 en annexe présente par classe de médicaments (groupe anatomique principal) la consommation (exprimé en DDD) des médicaments pour la période 2006-2010 tel qu'on la retrouve dans Pharmanet (spécialités pharmaceutiques délivrées en officine publique et remboursées par l'INAMI).

En ce qui concerne l'évolution du volume au cours de cette période, on constate une augmentation de la croissance moyenne annuelle de chaque classe de médicaments. Le volume total des médicaments remboursés a augmenté en moyenne de 7,4 % par année au cours de la même période.

Les principales augmentations de volume sont constatées au niveau des classes de médicaments du tractus gastro-intestinal et métabolisme (surtout pour les inhibiteurs gastriques et les antidiabétiques oraux), du sang et des systèmes hématopoïétiques (surtout suite à la prise d'acide acétylsalicylique en prévention de risques cardiovasculaires dans la liste des médicaments remboursés), du système cardiovasculaire (certains médicaments cardiovasculaires comme les antagonistes du calcium, les inhibiteurs ACE et les hypolipémiants), des cytostatiques et des agents immunomodulateurs (surtout les inhibiteurs d'enzymes et les immunosuppresseurs) et du système nerveux (surtout les antidépresseurs).

2. Le tableau 2 compare la consommation de la Belgique avec celle de quelques pays européens pour les réducteurs de cholestérol, les antibiotiques et les antidépresseurs. Il est difficile d'en tirer des conclusions définitives vu l'incertitude sur la comparabilité des données suite aux différences entre les systèmes et entre les populations. La Belgique est cependant clairement un consommateur moyen à gros dans ces classes de médicaments.

3. Dans un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur l'évolution de l'utilisation et de l'impact de la politique de remboursement des statines (hypolipémiants) en Belgique, il n'a pas été fait mention d'abus évident ou de surconsommation.

Il convient toutefois de faire remarquer que dans certains cas (en cas de prévention primaire), le traitement ne présentera qu'une utilité limitée. En outre, des statines onéreuses inutiles sont prescrites dans le cadre de soins de première ligne.

En ce qui concerne les antidépresseurs et les psychotropes en général, ma cellule stratégique a examiné dans une note d'orientation l'utilisation de ces médicaments au cours de la période 1997-2008. L'analyse de ces données révèle qu'au vu du nombre important de prescriptions d'antidépresseurs par rapport aux données épidémiologiques dont nous disposons, les antidépresseurs sont également utilisés sans qu'il y ait une réelle indication de dépression. En outre, les données sur la consommation en Belgique et dans les pays voisins peuvent révéler une surconsommation, en particulier en raison du traitement de légères formes de dépression. Par ailleurs, le traitement des formes graves serait insuffisant.

4. En janvier 2011, la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) et le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement ont lancé, pour la 10<sup>ème</sup> fois, la campagne nationale sur les antibiotiques. Avec cette campagne de sensibilisation qui vise le grand public, le BAPCOC désire favoriser un usage raisonnable des antibiotiques et ainsi obtenir une diminution de la résistance. En effet, la résistance aux antibiotiques reste une menace sérieuse pour la santé publique, d'autant plus qu'il n'y aura pas de nouveaux antibiotiques disponibles tout de suite.

Pour ce qui est des résultats, depuis le début des campagnes lors de l'hiver 2000-2001, on a prescrit, dans la pratique ambulatoire, un tiers d'antibiotiques en moins (2,4 conditionnements par 1 000 habitants par jour en 2009-2010 contre 3,6 en 1999-2000). Le pourcentage de *Streptococcus pneumoniae* résistants a baissé entre 2000 et 2009 de respectivement 18 à 7 % pour la résistance à la pénicilline, de 32 à 24 % pour la résistance à la tétracycline et de 36 à 24 % pour la résistance aux macrolides. La résistance des *Streptococcus pyogenes* aux macrolides a baissé d'une manière spectaculaire de 14 à 2 %. Grâce à, entre autres, ces campagnes, nous pouvons faire en sorte que les antibiotiques gardent leur efficacité à long terme.

Pour les antidépresseurs, une campagne de sensibilisation a déjà été organisée dans les années 80 au cours de laquelle des affiches et folders ont été distribués aux médecins chargés de les donner à leurs patients. Plus récemment, la note d'orientation susmentionnée sur la psychomédication a été transmise par ma cellule stratégique aux représentants des médecins. Une campagne, destinée aussi au grand public notamment via la télévision, a également été organisée à plusieurs reprises, et va l'être encore prochainement, par le Service Public Fédéral Santé publique au sujet de l'usage rationnel des somnifères et des sédatifs.

Pour les hypolipémiants et les inhibiteurs de la pompe à protons, la Commission de remboursement des médicaments a établi des recommandations. Ces recommandations ont été envoyées à l'ensemble des médecins et dentistes.

Mais l'usage adéquat de la majorité des médicaments est évidemment lié en tout premier lieu à leur prescription à bon escient et en toute connaissance de cause. C'est la raison pour laquelle l'AFMPS, via des partenariats avec l'asbl Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) et avec l'asbl Farmaka (visiteurs médicaux indépendants) finance depuis de nombreuses années une information factuelle des professionnels de la santé, nécessaire à un comportement de prescription rationnel, fondé sur les données validées les plus récentes et dans l'intérêt du patient. L'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) va, quant à elle, lancer prochainement une large campagne de sensibilisation du grand public au bon usage des médicaments en général.

**Tableau 1 : consommation (en DDD) des médicaments en 2006-2010 par classe de médicaments (Sources : données de Phamanet)**

Code ATC	Classe de médicaments	Volume 2006 (DDD)	Volume 2007 (DDD)	Volume 2008 (DDD)	Volume 2009 (DDD)	Volume 2010* (DDD)	Croissance annuelle moyenne (en %)
A	Gastro-intestinal et métabolisme	384 394 524	423 674 046	499 513 768	545 176 827	571 506 116	10.4 %
B	Sang et système hématopoïétique	77 763 197	83 967 465	140 041 494	321 880 255	352 116 329	45.9 %
C10	Hypolipémiants	298 960 684	336 033 502	393 892 260	431 874 177	456 094 741	11.1 %
C/C10	Système cardiovasculaire sauf hypolipémiants	1 199 380 366	1 258 280 001	1 386 109 628	1 440 109 512	1 457 473 438	5.0 %
D	Préparations dermatologiques	24 145 921	23 117 283	25 648 009	25 501 729	25 748 563	1.6 %
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	266 487 848	295 804 348	305 448 145	295 254 306	274 656 799	0.8 %
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	128 208 451	135 317 339	150 922 972	156 697 859	160 856 857	5.8 %
J01	Antibactériens à usage systémique	91 982 282	98 053 902	107 957 669	112 013 426	106 261 762	3.7 %
J/J01	Antiinfectieux à usage systémique sauf antibactériens à usage systématique	12 177 728	12 927 512	14 446 937	14 763 187	12 656 624	1.0 %
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	35 816 674	38 342 829	43 463 244	45 684 698	46 815 347	6.9 %
M	Système squelettique et musculaire	210 959 716	219 811 746	241 162 270	243 940 161	241 030 103	3.4 %
N06A	Antidépresseurs	213 629 165	226 676 265	251 734 911	262 555 495	269 214 058	6.0 %
N/N06A	Système nerveux central sauf antidépresseurs	167 195 859	177 649 643	195 299 576	203 243 734	211 416 000	6.0 %
P	Antiparasitaires, insecticides et repellants	1 384 157	1 497 255	1 738 570	1 853 409	1 942 676	8.8 %
R	Système respiratoire	327 801 020	345 644 887	375 361 494	394 035 244	404 376 881	5.4 %
S	Organes sensoriels	69 940 526	70 584 659	74 769 702	73 042 076	73 999 803	1.4 %
V	Divers	1 425 345	1 498 859	1 555 831	1 564 823	1 508 300	1.4 %
<b>TOTAUX</b>		<b>3 511 653 463</b>	<b>3 748 881 540</b>	<b>4 209 066 480</b>	<b>4 569 190 917</b>	<b>4 667 674 397</b>	<b>7.40 %</b>

**Tableau 2 : comparaison en consommation (en DDD par 1 000 habitants par jour) entre les pays d'Europe occidentale pour les hypolipémiants, les agents antibactériens à usage systémique et les antidépresseurs en 2006-2008 (source : données de OECD)**

Dose quotidienne par mille habitants par jour	Hypolipémiants			Antibactériens à usage systémique			Antidépresseurs		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Allemagne	42,6	49,9	56,8	13,6	14,5	14,5	30,1	34,3	38,2
Autriche				14,3	14,7	14,6			
Belgique	77,9	87	100,9	24,2	25,4	27,7	55,7	58,7	64,5
France	84,6	84,4	88,6	27,9	28,6	28	48,7	50,2	50,4
Irlande				21,2	23	22,5			
Luxembourg	113,8	119		23,9	25,6	25,1	42,3	45,1	
Pays-Bas	125,3	136,2	144,7	10,8	11	11,2	37,1	39,3	41,5
Royaume-Uni	161,3	187,3	208,5	15,3	16,5	17	52,7	54,4	65,8

## IV. Indemnités

### Fraude - Action - Pays-Bas - Belgique

Question n° 5-1780 posée le 18 mars 2011 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'intégration sociale par Monsieur le Sénateur TOMMELEIN<sup>1</sup>

Le secrétaire d'État néerlandais des Affaires sociales et de l'Emploi affecte chaque année 6 millions d'EUR au soutien des communes pour leur lutte contre la fraude aux allocations. La lutte renforcée contre la fraude par les communes est appuyée par les centres régionaux de lutte contre la fraude et par le Service d'information et de recherche sociale. C'est l'une des mesures du programme d'action pour les prochaines années que le secrétaire d'État a présentées devant la Deuxième Chambre. Dans l'accord de gouvernement il est question d'une approche plus musclée de lutte contre la fraude dans la sécurité sociale.

Le gouvernement espère qu'une action plus ferme contre la fraude aux allocations pourra conduire à une diminution sensible du nombre d'allocations. Selon l'accord de gouvernement, cette approche devrait permettre une économie structurelle de 180 millions d'EUR. Ainsi une fraude donnera lieu non seulement à un remboursement mais aussi à une retenue de trois mois d'allocations (d'assistance).

J'aimerais obtenir une réponse aux questions suivantes :

1. Madame la ministre comment réagissez-vous à l'approche plus dure de la fraude sociale mise en œuvre par le gouvernement néerlandais ?

1. Sénat, session ordinaire 2010-2011.

2. Le gouvernement des Pays-Bas affirme que grâce à cette action plus ferme contre la fraude sociale, il peut épargner structurellement environ 180 millions d'EUR. Quelle est la contribution dans le budget de notre approche actuelle de la fraude sociale et comment se situe-t-elle par rapport aux 180 millions d'économie structurelle des Néerlandais ?
3. Quelles mesures du plan néerlandais de lutte contre la fraude sociale allez-vous adopter ? Lesquelles n'utiliserez-vous pas ? Pouvez-vous justifier ces choix ?
4. Pouvez-vous faire part, sur une base annuelle et par région et/ou provinces, pour les trois dernières années, du nombre de personnes qui ont été convaincues de fraude aux allocations ? Pouvez-vous en même temps, pour la même période et par région et/ou province, nous faire connaître combien de fois les allocations de ces personnes ont été suspendues ? Pouvez-vous expliquer ces chiffres ?
5. Pouvez-vous faire part, sur une base annuelle et également par région et/ou province pour les trois dernières années, du nombre de personnes qui ont été convaincues de fraude pour avoir renseigné un domicile fictif ou servant seulement de boîte aux lettres ? Pouvez-vous mentionner pour la même période et par région et/ou province, combien de fois ces personnes ont vu leurs allocations suspendues et/ou combien de fois elles ont dû payer une amende ? Pouvez-vous expliquer ces chiffres ?

## Réponse

Le programme néerlandais appelé "*Handhavingsprogramma*", élaboré pour la période 2011-2014, met l'accent sur une lutte renforcée contre la fraude sociale dans la sécurité sociale et sur la réglementation du travail. Au total, cette nouvelle approche devrait permettre de réaliser 180 millions d'EUR d'économies dans les secteurs concernés.

Pour le secteur de la sécurité sociale, cette approche renforcée repose sur deux piliers : un répressif et un préventif.

Globalement, l'approche répressive mise en place aux Pays-Bas implique :

- la récupération des indemnités indûment octroyées
- un renforcement des sanctions (suspension de trois mois en cas de fraude aux indemnités)
- une augmentation de la probabilité de détection de cas de fraude grâce aux échanges d'information entre les différentes instances et à une analyse intelligente de ces informations
- la poursuite d'une collaboration accrue entre le Ministère néerlandais des Affaires sociales et de l'Emploi (SZW) et ses partenaires (en l'occurrence, l'accent est mis sur le soutien aux communes, notamment via le service d'information et de recherche sociale (SIRS) et la stimulation de la lutte par les communes contre la fraude sociale).

L'approche préventive se définit comme suit :

- les citoyens et les entreprises bénéficient d'informations en matière de réglementation de la sécurité sociale. Cette stratégie repose sur le principe de responsabilisation (empowerment) : si les citoyens connaissent la réglementation, ils éviteront de commettre eux-mêmes des infractions ou ils éviteront que d'autres en commettent, ou ils dénonceront ces infractions. Cette dénonciation peut se faire aux points de contact créés à cet effet
- par ailleurs, on tendra à détailler les profils à risques.



Dans le contexte global de cette approche, une attention particulière sera réservée à la lutte contre la “fraude blanche”. Cette approche sera évaluée annuellement dans un rapport intégral (*Rapportage handhaving*). À cet effet, il est nécessaire de pouvoir mesurer au maximum le non respect de la réglementation.

Avant de pouvoir faire une comparaison avec la situation en Belgique, il convient de mentionner que l’emploi, l’assurance maladie-invalidité et l’allocation familiale pour travailleurs salariés sont organisés dans le modèle de sécurité sociale belge par trois institutions publiques autonomes : l’Office national de l’emploi (ONEm), l’Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI) et l’Office national d’allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFST), contrairement au modèle néerlandais où les trois secteurs sont placés sous la tutelle du ministère des Affaires sociales et de l’Emploi.

Je peux seulement vous communiquer des informations concernant l’Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI) et l’Office national d’allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFST). L’Office national de l’emploi (ONEm) relève de la compétence de ma collègue Mme Joëlle Milquet, ministre de l’Emploi.

1. À l’Institut national d’assurance maladie-invalidité (l’INAMI), on observe ces dernières années une approche renforcée des différents phénomènes de fraude sociale. Les actions menées par le Service du contrôle administratif (SCA) de l’INAMI dans la lutte contre la fraude sociale s’inscrivent dans le cadre d’un plan d’action contre la fraude sociale élaboré par le gouvernement et le Service d’information et de recherche sociale (SIRS). En tant qu’organisation faitière, le Service d’information et de recherche sociale (SIRS) appuie et coordonne les services d’inspection sociale fédéraux dans leur lutte contre le travail illégal et la fraude sociale.

En ce qui concerne la fraude sociale, on peut, dans les grandes lignes, faire, au sein du Service du contrôle administratif (SCA) de l’INAMI, une distinction entre les différents types de fraude suivants :

- la fraude blanche
- le travail au noir
- l’assujettissement fictif à la sécurité sociale
- l’assujettissement irrégulier de nature frauduleuse
- la fraude en matière de domicile.

Les résultats de la lutte contre la fraude sociale sont compilés annuellement dans un rapport de synthèse. Ce rapport, publié depuis 2008, est une des initiatives récentes prises pour visualiser les actions de lutte contre la fraude.

En ce qui concerne la fraude blanche, l’INAMI s’est engagé, depuis 2008, à détecter annuellement les cumuls non autorisés d’indemnités d’incapacité de travail et de revenus de journées rémunérées déclarées à l’Office nationale de sécurité sociale (l’ONSS). Il s’agit soit d’une activité soit d’une indemnisation à la suite d’une rupture de contrat de travail. Pour détecter et contrôler ces cas de cumuls, le Service du contrôle administratif (SCA) de l’INAMI utilise la technique dite de “*datamatching*” ou croisement des données de la DMFA (Déclaration multifonctionnelle/ *Multifunctionele Aangifte*) avec les dépenses en invalidité. Les organismes assureurs eux aussi disposent de ces données DMFA. Dans le cadre de leur mission, ils sont tenus de procéder à des contrôles de cumuls. Étant donné que les organismes assureurs disposent aussi de ces données, ce contrôle du SCA les incite préventivement à entreprendre les actions requises.

Dans le cadre du cumul d'indemnités d'incapacité de travail et d'une activité non déclarée, le Service Contrôle social (SCS) a été intégré au sein du Service du contrôle administratif (SCA). Le SCS est spécialisé dans la lutte contre le travail au noir et le travail frauduleux. Ce Service dispose de quelque 25 contrôleurs sociaux qui, par voie d'enquêtes sur le terrain, recherchent les personnes bénéficiant d'indemnités d'incapacité de travail et qui ont entamé l'exercice d'une activité non autorisée sans l'autorisation préalable du médecin-conseil.

En ce qui concerne les assujettissements fictifs à la sécurité sociale, le Service du contrôle administratif (SCA) de l'INAMI a été chargé, en collaboration avec les instances judiciaires, de traiter différents dossiers de fraude importants à la sécurité sociale. L'enquête a permis de découvrir un système étendu de réseaux qui permettent à de faux titulaires d'indemnités d'obtenir, de diverses façons, diverses indemnités et allocations sans y avoir droit. Pour pouvoir traiter le nombre important de dossiers concernés, il a été décidé, en juin 2008, de conclure un accord de coopération avec les organismes assureurs. Une procédure a été élaborée afin de communiquer les résultats de l'analyse des dossiers par les organismes assureurs à l'INAMI qui effectue ensuite à son tour un contrôle de qualité. Pour pouvoir traiter ces dossiers, il est également nécessaire de mettre en place un échange d'informations avec l'Office national de l'emploi (ONEm) et l'Office national de sécurité sociale (ONSS).

Les cas relatifs aux assujettissements irréguliers sont également communiqués à l'ONSS. Si ces cas se révèlent être de nature frauduleuse, une analyse complémentaire du dossier est effectuée au sein de l'organisme assureur. Il est question de caractère frauduleux si l'assuré social s'est assujéti à la sécurité sociale dans le régime inadéquat en vue d'obtenir des indemnités plus élevées.

Enfin, pour détecter la fraude en matière de domicile, une collaboration a été mise en place entre les villes et les communes, plus particulièrement avec la police locale. En effet, en cas de plainte, on peut soupçonner que la composition du ménage telle qu'elle a été communiquée au Registre national des personnes physiques ne correspond pas à la situation familiale réelle, ce qui peut avoir une incidence sur les indemnités octroyées dans une période d'invalidité puisque le montant de ces indemnités varie en fonction de la situation familiale de l'assuré social. Pour vérifier une plainte, le Service du contrôle administratif (SCA) de l'INAMI demande à la police locale de constater la situation sur place et de communiquer le constat. Quant au reste, contrairement au modèle néerlandais, l'assurance maladie-invalidité belge ne prévoit pas de compétence spécifique pour les villes et les communes en matière de gestion de l'assurance maladie-invalidité et de lutte contre la fraude sociale.

Dans la majorité des actions précitées, on tend vers une collaboration renforcée entre les différents services fédéraux d'inspection sociale. Des flux d'informations sont échangés et croisés pour ainsi permettre une détection accrue et plus rapide de la fraude sociale. Chaque service d'inspection, dont le Service du contrôle administratif (SCA) de l'INAMI, participe de surcroît au projet "DATA MINING BCSS assuré social".

Il s'agit d'un projet qui s'inscrit dans le cadre des travaux de la Banque carrefour de la sécurité sociale où, par voie d'analyse des différentes banques de données des institutions de sécurité sociale, des profils de risques sont établis. Ces profils peuvent déclencher des alarmes pour signaler des systèmes de fraude mis en place par des assurés sociaux.

À court terme, le même groupe de travail définira également des systèmes d'alarme uniformes. À cela s'ajoutera un système uniforme de suivi des actions qui sont entreprises à la suite de ces alarmes.

Si un montant indûment octroyé est constaté dans le secteur des indemnités ou dans celui des soins de santé, les prestations sont récupérées dans le délai de prescription de deux ans, comme prévu dans l'article 174, alinéa premier, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Toutefois, chez un assuré social qui a commis une fraude, les indemnités et/ou soins de santé indûment octroyé(s) sont récupéré(s) dans un délai de prescription de cinq ans, comme prévu dans l'article 174, alinéa 4, de la même loi.

L'article 164, alinéa 10, de la même loi est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, en réponse au nombre important d'assujettissements fictifs. Cette disposition implique que si l'affiliation ou l'inscription en une qualité erronée résulte de manœuvres frauduleuses, les prestations indûment octroyées dans le secteur des soins de santé sont toujours à récupérer auprès de l'assuré social, que l'affiliation ou l'inscription puisse, ou non, être régularisée par la prise en considération d'une autre qualité valable. Cette disposition ne s'applique pas aux éventuelles personnes à charge.

L'article 168<sup>quinquies</sup> de la même loi prévoit enfin des sanctions administratives qui peuvent être infligées à l'assuré social qui a acquis le droit aux indemnités ou aux soins de santé sur la base d'une fausse déclaration ou d'un faux document. Dans le secteur des soins de santé, une amende de maximum 500 EUR peut être infligée. Dans le secteur des indemnités, l'assuré peut être exclu du droit aux indemnités pendant une période de maximum 200 jours.

2. Les chiffres qui sont disponibles à l'INAMI pour la période de 2008 à 2010 inclus portent sur les aspects suivants :

- cumul d'indemnités d'incapacité de travail et d'activités non autorisées mais déclarées à l'ONSS
- cumul d'indemnités d'incapacité de travail et d'activités non autorisées et non déclarées à l'ONSS (travail au noir)
- cumul d'indemnités d'incapacité de travail et d'indemnités de rupture de contrat de travail
- assujettissements fictifs à la sécurité sociale.

Avant 2008, les actions entreprises dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale concernaient essentiellement les cumuls d'indemnités d'incapacité de travail et d'activités non autorisées et non déclarées à l'ONSS. Par conséquent, les seuls chiffres disponibles pour cette période concernent le secteur des indemnités.

Compte tenu de cette remarque, les montants indus suivants ont été constatés :

Indu fraude sociale	
2010	5 654 123,94
2009	8 709 765,61
2008	12 634 880,81
2007	1 879 357,07
2006	2 423 820,77
2005	3 225 904,56

Les chiffres précités accusent pour 2008 un montant d'indu élevé. Ce montant s'explique par la lutte contre la fraude sociale renforcée à partir de cette année-là. Les années suivantes, l'indu est toujours supérieur à celui des années antérieures à 2008 mais inférieur à celui de 2008. Cela s'explique par une approche préventive accrue de la fraude sociale dans le cadre de laquelle le SCA incite les organismes assureurs à effectuer eux-mêmes des contrôles de cumuls.

Le programme néerlandais “Handhavingsprogramma” vise à réaliser une économie de 180 millions d’EUR sur une période de quatre ans. Il n’est pas évident de faire une comparaison avec les chiffres précités car le chiffre cible néerlandais concerne, d’une part, le secteur de l’emploi et l’assurance maladie-invalidité, et, d’autre part, une période située dans le futur.

3. Un aperçu des mesures déjà implémentées a été présenté en réponse à la première question.
4. Ici également, les chiffres disponibles pour la période de 2008 à 2010 inclus concernent les aspects suivants :
  - cumul d’indemnités d’incapacité de travail et d’activités non autorisées mais déclarées à l’ONSS
  - cumul d’indemnités d’incapacité de travail et d’activités non autorisées et non déclarées à l’ONSS (travail au noir)
  - cumul d’indemnités d’incapacité de travail et d’indemnités de rupture de contrat de travail
  - assujettissements fictifs à la sécurité sociale.

Avant 2008, les actions entreprises dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale concernaient essentiellement les cumuls d’indemnités d’incapacité de travail et d’activités non autorisées et non déclarées à l’ONSS. Par conséquent, les seuls chiffres disponibles pour cette période concernent le secteur des indemnités.

Compte tenu de cette remarque, voici un aperçu du nombres de constatations faites et du nombre de sanctions infligées :

	Nombre de constatations	Nombres de sanctions
2010	665	347
2009	1 293	771
2008	1 026	198
2007	273	275
2006	255	235
2005	375	259

Il est possible que plusieurs sanctions soient mentionnées pour diverses infractions par dossier de contrôle. Par conséquent, il se peut que le nombre de sanctions soit supérieur au nombre de constatations faites.

5. Pour la période de 2008 à 2010 inclus, 71 dossiers de fraude éventuelle en matière de domicile ont été ouverts et clôturés. Dans ce contexte, 22 sanctions ont été infligées à des assurés sociaux.

...

## V. Médicaments

### Médicaments bon marché - Consommation - Éventuels effets indésirables

Question n° 181 posée le 6 décembre 2011 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'intégration sociale par Monsieur le Représentant LOGGHE<sup>1</sup>

Il me revient que de plus en plus de médecins généralistes seraient disposés à prescrire des médicaments bon marché, ce qui est une bonne chose, tant pour le trésor public que pour le portefeuille des patients eux-mêmes. Ce faisant, les coûts pour l'assurance maladie-invalidité pourraient diminuer drastiquement. Les économies pour les citoyens se monteraient à 40 millions d'EUR.

1. a) Qu'en est-il de la consommation annuelle de "médicaments bon marché" au cours de la période de 2005 à 2009 inclus ?  
b) Dispose-t-on déjà de chiffres provisoires pour la première moitié de 2010 ?
2. Pourriez-vous répartir les chiffres relatifs au comportement prescripteur en matière de "médicaments bon marché" par Région ?
3. a) Qu'en est-il des éventuels effets secondaires de ces médicaments bon marché ?  
b) Existe-t-il des études et des données chiffrées par rapport à ce problème ?
4. Avez-vous connaissance de plaintes relatives à la consommation de médicaments bon marché ?

### Réponse

1. et 2. Dans les données suivantes sont considérés comme médicaments bon marché: les médicaments génériques, les médicaments copies, les médicaments originaux repris dans le système du remboursement de référence et qui ont diminué leur prix de vente au public au niveau de la base de remboursement. Les autres médicaments, même s'ils sont prescrits sous leur dénomination générale (DCI) (Dénomination commune internationale), ne sont pas repris dans le pourcentage calculé par région.

Les données de Pharmanet 2010 ne portent que sur les cinq premiers mois.

Le tableau ci-dessous présente, par région, la part dans l'usage (exprimé en DDD) des "médicaments bon marché" de 2005 jusqu'à fin mai 2010, calculée sur base des données de Pharmanet (spécialités délivrées en officine publique et remboursées par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité - INAMI).

1. Bulletin n° 034, Chambre, session ordinaire 2010-2011, p. 48.

**Tableau: part dans l'usage (en DDD) des "médicaments bon marché" 2005-2010 (cinq mois) par région**

Année	Région Bruxelles-Capitale	Flandre	Wallonie	Belgique	Belgique (avec DCI)
2005	24,40 %	26,70 %	25,70 %	26,20 %	26,20 %
2006	36,20 %	37,50 %	36,70 %	37,10 %	37,50 %
2007	39,10 %	39,90 %	39,00 %	39,50 %	40,00 %
2008	40,40 %	40,70 %	39,70 %	40,30 %	40,80 %
2009	43,10 %	43,30 %	43,10 %	43,20 %	43,80 %
2010 (5 mois)	-	-	-	44,70 %	45,20 %

3. a) Tous les médicaments pour lesquels une autorisation de mise sur le marché a été délivrée, donc aussi bien les spécialités "originales" que les "génériques" et les "copies", doivent répondre aux mêmes exigences scientifiques (évaluation de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité). Sur base des rapports que nous avons reçus au niveau belge les années et les mois précédents, nous n'avons pu observer aucune tendance d'augmentation du nombre de notifications ou d'effets indésirables spécifiques liés à des médicaments bon marché.

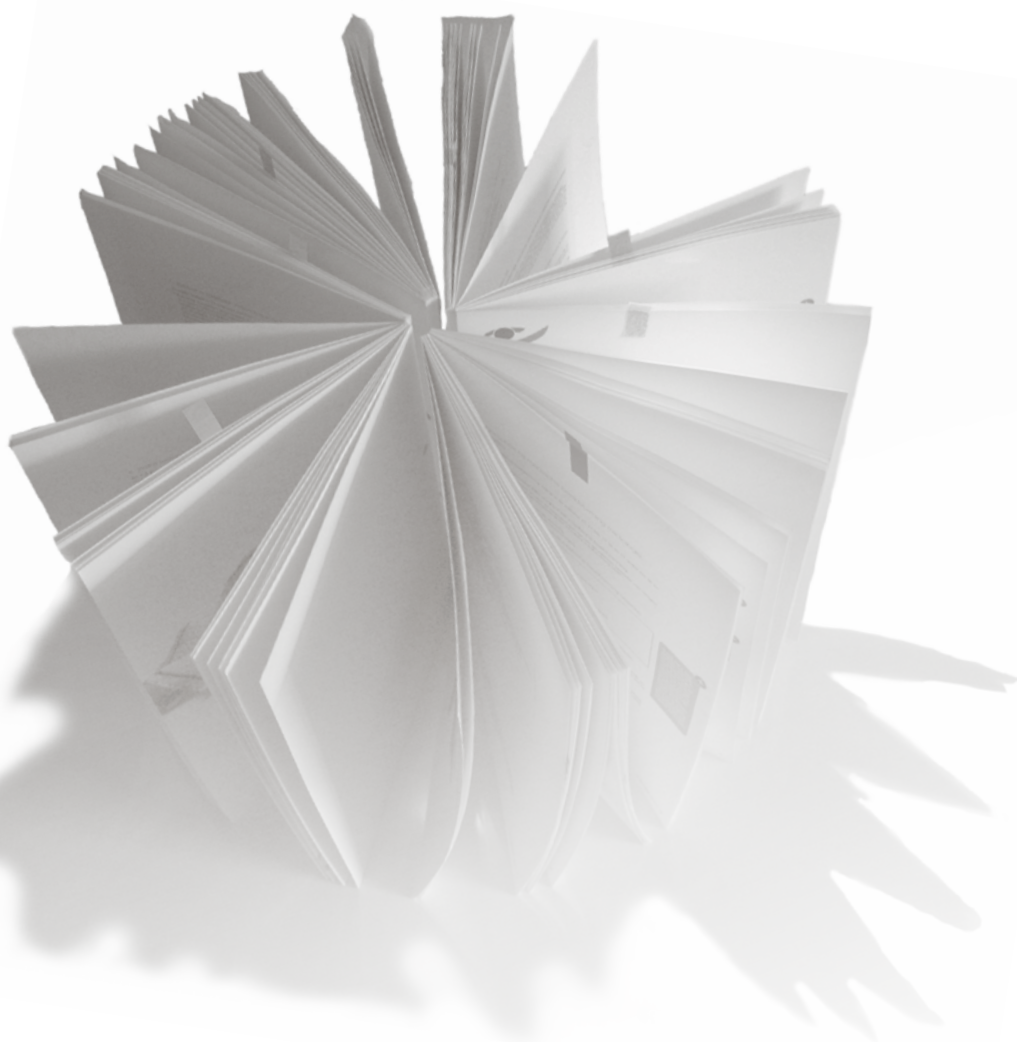
Cependant, dans le cadre de la "Pharmacovigilance active", il est rappelé aux professionnels de la santé l'importance de la notification des effets indésirables lors du passage d'une spécialité à l'autre pendant le traitement, que ce soit d'un médicament "original" à un autre médicament "original", d'un médicament "générique" à un médicament "original", d'un médicament "original" à un médicament "générique" ou d'un médicament "générique" à un autre médicament "générique".

b) Sur base des notifications d'effets indésirables reçues par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) aucune différence n'a pu être observée entre les notifications pour les spécialités "originales" et celles pour les "génériques" ou les "copies". Nous ne disposons pas d'études sur des affections supplémentaires ou sur des effets indésirables avec les médicaments bon marché.

4. Par ailleurs, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé n'a pas connaissance de plaintes liées à des médicaments bon marché.

# 5<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



# I. Le champ d'application personnel des normes européennes de sécurité sociale après l'entrée en vigueur du Règlement (C.E.) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

## I. Introduction

Les Règlements (CEE) 1408/71 et 574/72 ont été abrogés par les Règlements (C.E.) 883/2004 et 987/2009 <sup>1</sup>, à partir de l'entrée en vigueur de ces derniers c'est-à-dire à partir du 1<sup>er</sup> mai 2010. En application du principe de sauvegarde des droits acquis, le législateur européen a décidé que les Règlements (CEE) 1408/71 et 574/72 restent en vigueur et que leurs effets juridiques sont préservés afin de maintenir la couverture de sécurité sociale en faveur de toutes ces personnes non couvertes par le nouveau règlement. Entretemps, le Conseil européen a adopté un nouveau règlement (U.E.) n°1231/2010 <sup>2</sup> visant à étendre, pour certains États, l'application du Règlement (C.E.) 883/2004 aux ressortissants des États tiers.

Cette situation crée inéluctablement une diversité des normes applicables, ce qui est susceptible de soulever certaines difficultés dans l'application concrète de la législation européenne de sécurité sociale.

Le but de la présente circulaire est de fournir aux organismes assureurs un aperçu général et pratique de l'application de ces différentes normes eu égard à la nationalité des personnes circulant dans les États membres de l'Union européenne (U.E.), dans l'Espace économique européen (EEE) et en Suisse.

1. Règlement (C.E.) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29.04.2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et le Règlement (C.E.) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16.09.2009 fixant les modalités d'application du règlement (C.E.) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.
2. Règlement (U.E.) n° 1231/2010 du Parlement européen et du Conseil du 24.11.2010 visant à étendre le règlement (C.E.) n° 883/2004 et le règlement (C.E.) n° 987/2009 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces règlements uniquement en raison de leur nationalité.



## II. Règle générale : application des normes européennes de sécurité sociale à toutes les personnes assurées dans un des États membres

En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010, le Règlement (C.E.) 883/2004 est devenu la nouvelle base juridique et la norme principale réglant la coordination des systèmes de la sécurité sociale des États membres de l'Union européenne. Ce règlement s'applique :

- aux ressortissants des États membres de l'U.E., aux apatrides et aux réfugiés résidant dans un État membre et qui sont ou qui ont été soumis à la législation d'un ou de plusieurs États membres, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants
- aux survivants des personnes qui ont été soumises à la législation d'un ou de plusieurs États membres de l'U.E., quelle que soit la nationalité de ces personnes, lorsqu'ils sont eux-mêmes des ressortissants de l'un des États membres, des apatrides ou des réfugiés résidant dans l'un de ces États
- aux ressortissants de pays tiers qui résident légalement sur le territoire d'un État membre de l'U.E., pour autant qu'ils se trouvent, au sein de l'Union européenne, dans une situation transfrontalière et qu'ils aient été exclus du champ d'application de ce règlement en raison de leur nationalité (extension du champ d'application personnel introduite par le Règlement (U.E.) 1231/2010 en vigueur depuis le 01.01.2011).

Aussi, depuis l'entrée en vigueur du Règlement (U.E.) 1231/2010, l'on peut énoncer que, en règle générale, le Règlement (C.E.) 883/2004 et son Règlement d'application (C.E.) 987/2009 s'appliquent, à toutes les personnes assurées dans un des États membres de l'Union européenne et qui mettent en œuvre leur liberté de circulation.

## III. Deux exceptions à la règle générale

### 1. Le cas du Danemark

L'élargissement du champ d'application personnel introduit par le Règlement (U.E.) 1231/2010 ne s'applique pas au Danemark. En effet, ce pays n'a pas participé à l'adoption de ce règlement, s'est déclaré ne pas être lié par celui-ci et ne pas être soumis à son application. Cela signifie que ce pays se réserve le droit de n'appliquer le Règlement (C.E.) 883/2004 qu'aux seuls ressortissants des États membres de l'Union européenne qu'il s'agisse des personnes assurées en vertu de sa propre législation ou en vertu de la législation d'un autre État membre.

### 2. Le cas des États membres de l'EEE et la Suisse

Les Règlements (C.E.) 883/2004 et 987/2009 ne sont pas encore applicables dans le cadre de l'EEE et dans les relations entre l'Union européenne et la Suisse (les conventions spécifiques *ad hoc* devant encore être adaptées). Cette application nécessite en effet un accord spécifique entre l'Union européenne et les États concernés. En attendant ces modifications, les Règlements (CEE) 1408/71 et 574/72 restent d'application dans les relations des pays de l'Union européenne avec la Norvège, l'Islande, le Liechtenstein et la Suisse.

## IV. Le cas particulier du Royaume-Uni : application du Règlement (CEE) 1408/71 aux ressortissants des États tiers

Le Règlement (U.E.) 1231/2010 a abrogé le Règlement (C.E.) 859/2003<sup>3</sup> qui étendait les dispositions du Règlement (CEE) 1408/71 aux personnes ressortissantes des États tiers. Toutefois, cette abrogation n'est que partielle dans la mesure où elle ne concerne que les États liés par l'application de ce nouveau règlement. En effet l'article 2 du Règlement (U.E.) 1231/2010 stipule que : *“le règlement (C.E.) n° 859/2003 est abrogé entre les États membres qui sont liés par le présent règlement”*.

Or, le Royaume-Uni n'a pas participé à l'adoption du Règlement (U.E.) n°1231/2010 et s'est déclaré ne pas être lié ni par celui-ci ni soumis à son application.

Aussi, pour le Royaume-Uni, le Règlement (C.E.) 859/2003 garde toute sa validité et que ce pays continue à appliquer le Règlement (CEE) n° 1408/71 aux ressortissants des États tiers assujettis ou qui se rendent dans ce pays. Bref, pour le Royaume-Uni deux instruments juridiques restent d'application en fonction de la nationalité des assurés à savoir le Règlement (C.E.) 883/2004 pour tous les ressortissants des États membres de l'Union européenne et le Règlement (CEE) 1408/71 pour les ressortissants des États tiers résidant légalement sur le territoire de l'Union .

## V. Conclusions pratiques

En résumé, l'on peut dire que l'élargissement du champ d'application personnel du Règlement (C.E.) n° 883/2004 ne vaut pas pour tous les États. Du point de vue pratique, ceci veut dire que pour la délivrance ou l'acceptation des formulaires “E”, des documents “S” ou “SEDs” à utiliser en matière des soins de santé, le contrôle de la nationalité du bénéficiaire se fera en fonction de l'État compétent et de l'État de séjour ou de résidence.

Concrètement :

- le contrôle sur la nationalité des personnes concernées ne devra plus être effectué sauf dans les relations avec le Danemark, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse
- dans les relations avec le Royaume-Uni, le contrôle systématique sur la nationalité des personnes concernées ne sera en principe pas appliqué. L'on gardera uniquement à l'esprit que pour les ressortissants des États tiers, seules les dispositions des Règlements (CEE) 1408/71 et 574/72 restent d'application.

Les organismes assureurs trouveront en annexe (non publiée ici) un tableau résumant de manière pratique le contenu de la présente circulaire et qui est proposé à titre d'outil destiné à faciliter l'analyse et l'évaluation quant à l'application des dispositions européennes en fonction de la nationalité du bénéficiaire.

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011.



Circulaire O.A. n° 2011/271 - 83/406 du 30 juin 2011.

3. Règlement (C.E.) n° 859/2003 du Conseil du 14.05.2003 visant à étendre les dispositions du Règlement (CEE) n° 1408/71 et du Règlement (CEE) n° 574/72 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces dispositions uniquement en raison de leur nationalité.

## II. Statut social des mandataires locaux non protégés

### I. Cadre légal

L'article 19, § 4 de la nouvelle loi communale vise les bourgmestres et échevins qui doivent bénéficier du statut social supplétif en indiquant les conditions et l'étendue de ce statut.

L'article 37<sup>quater</sup> de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés fait de même pour les personnes qui perçoivent une rémunération pour l'exercice d'un mandat politique exécutif auprès d'une commune, d'un centre public d'action sociale (CPAS), d'une province, d'une association de communes ou d'une association de CPAS visée au chapitre XII de la loi organique des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976, ou leurs remplaçants.

L'arrêté royal du 2 août 2002 d'exécution de l'article 19, § 4 de la nouvelle loi communale et de l'article 37<sup>quater</sup> de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés précise les modalités pour bénéficier de ce statut.

### II. Protection sociale

Sur base de la réglementation indiquée ci-dessus, les mandataires locaux "non protégés" bénéficient d'un **statut social supplétif** *durant l'exercice de leur mandat*, grâce auquel ils sont assujettis par l'administration locale ou provinciale :

- à l'assurance maladie-invalidité
- à la réglementation sur le chômage
- aux *allocations familiales* du régime des travailleurs salariés.

### III. Mandataires locaux "non protégés"

La réglementation indique que sont considérés comme ne bénéficiant pas d'une protection sociale et doivent dès lors bénéficier du statut social supplétif :

- les mandataires *non assujettis à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou au statut social des indépendants* du chef d'une autre activité professionnelle que l'exercice de leur mandat politique local **et** *qui ne bénéficieraient des prestations en matière de soins de santé que moyennant paiement de cotisations personnelles à leur mutualité*
- les mandataires *assujettis au régime de sécurité sociale des travailleurs salariés ou au statut social des indépendants* mais dont le *caractère limité du volume d'activité* comme travailleur salarié ou comme indépendant a pour conséquence qu'ils ne peuvent bénéficier des prestations en matière de soins de santé que moyennant paiement de *cotisations sociales complémentaires*.

Pour déterminer si un mandataire doit avoir droit à ce statut, il convient d'examiner le statut en matière de sécurité sociale de celui-ci au moment de son entrée en exercice de son mandat et cela doit être de nouveau effectué si une modification intervient dans son statut social ou professionnel pendant la durée du mandat.

Le statut social supplétif est obligatoirement appliqué à toute personne qui, pour bénéficier des soins de santé, doit payer une cotisation personnelle ou complémentaire.

**Sur ces bases, les mandataires locaux suivants peuvent être considérés comme "non protégés" et donc bénéficier de ce statut supplétif :**

#### **1. Les salariés et les fonctionnaires**

Si leur profession en qualité de salarié ou de fonctionnaire est réduite au point qu'ils doivent eux-mêmes payer les cotisations personnelles précitées à une mutualité, ces mandataires sont considérés comme non protégés et doivent obtenir le statut social supplétif des mandataires locaux. Cela concerne donc les salariés/fonctionnaires dont le bon de cotisation n'atteint pas la valeur minimale réglementairement fixée : pour maintenir un droit aux soins de santé, ils doivent payer une cotisation complémentaire ou, si cela s'avérait plus intéressant pour eux, la cotisation de résident.

#### **2. Les salariés et les fonctionnaires en congé sans solde**

Les travailleurs salariés et les fonctionnaires qui font usage d'un congé sans solde à temps plein pour exercer un mandat politique exécutif au niveau local, sont des mandataires locaux non protégés et tombent dans le champ d'application du régime supplétif, car ne percevant plus de rémunération, ils ne paient aucune cotisation de sécurité sociale.<sup>1</sup>

**3. Les salariés engagés auprès d'un employeur du secteur privé qui prennent un crédit temps complet**, l'allocation dans le cadre du crédit temps n'étant pas cumulable avec un mandat politique, doivent être considérés comme des mandataires locaux non protégés.

#### **4. Les Parlementaires**

Ni les membres de la Chambre des Représentants et du Sénat, ni les membres d'un Conseil provincial ou régional ne disposent d'un statut social spécifique. Dans la réglementation actuelle, les cotisations personnelles qu'ils payent à la mutualité pour avoir droit aux prestations dans le secteur des soins de santé de l'assurance maladie-invalidité, sont prises en charge par l'assemblée législative dont ils font partie.

Si un membre du Parlement exerce un mandat communal exécutif, il doit être considéré comme mandataire local non protégé.

#### **5. Système de mise en disponibilité pour les 55 ans et plus**

Un membre du personnel enseignant bénéficiant du système de mise en disponibilité des 55 ans et plus dont le paiement de l'allocation d'attente est suspendu pendant l'exercice d'un mandat politique au niveau local, est un mandataire local auquel le statut social supplétif doit être appliqué.

1. Le titulaire en congé sans solde peut bénéficier de l'assurance continuée pour une durée qui ne peut dépasser trois mois par année civile (art. 247, § 1<sup>er</sup> de l'A.R. du 03.07.1996), mais moyennant le paiement d'une cotisation spécifique (art. 250).

## 6. Les personnes sans activité professionnelle

Les personnes qui n'exercent pas d'activité professionnelle doivent, en vue de bénéficier des prestations de soins de santé, payer personnellement des cotisations à leur mutualité (pour autant qu'elles ne bénéficient pas des soins de santé sur la base d'une inscription en qualité de personne à charge). Dès lors, ces personnes, qui sont tenues de payer elles-mêmes des cotisations, sont, si elles exercent un mandat communal exécutif, des mandataires locaux non protégés.

Il en va de même pour les personnes sans activité professionnelle, qui avant d'exercer un mandat politique local, étaient considérées comme personnes à charge et bénéficiaient seulement d'une protection sociale du fait du droit dérivé du titulaire (par ex., les femmes au foyer).

En effet, de par l'exercice du mandat politique et des revenus qui en résultent, il est possible qu'elles ne puissent plus être plus considérées comme des personnes à charge. Seule la personne dont la rémunération brute ne dépasse pas un certain montant par trimestre peut être considérée comme étant personne à charge. Or, les revenus tirés de l'exercice d'un mandat politique sont pris en considération dans la détermination de la rémunération susvisée et jouent donc un rôle dans la possibilité de maintien de la qualité de personne à charge.

## 7. Les étudiants

Dès que les étudiants ont atteint l'âge de 25 ans, ils ne peuvent plus être considérés comme étant enfant à charge des parents et ne peuvent dès lors plus prétendre sur cette base à un droit aux soins de santé. Les personnes inscrites en qualité de titulaire étudiant de 25 ans ou plus sont, si elles exercent un mandat communal, considérées comme des mandataires locaux non protégés dans la mesure où elles sont affiliées auprès d'une mutualité en qualité de titulaire étudiant dont le droit aux soins de santé est subordonné au paiement d'une cotisation personnelle.

## 8. Les indépendants sous "article 37"

L'article 37 de l'arrêté royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants indique que certains indépendants à titre principal, dont les revenus professionnels sont peu élevés, peuvent demander à être assimilés à des travailleurs indépendants à titre complémentaire :

- a) les personnes assujetties à l'arrêté royal n° 38 au profit desquelles sont garantis, pour l'année faisant l'objet de la demande, des droits à des prestations dans un régime obligatoire de pension et d'allocations familiales et d'assurance contre la maladie et l'invalidité, secteur des soins de santé, au moins égales à celles du statut social des travailleurs indépendants;
- b) les étudiants assujettis à l'arrêté royal n° 38;
- c) les Ministres et Secrétaires d'État, les membres d'un Exécutif, de la Chambre des représentants, du Sénat, d'un Conseil régional, d'un Conseil communautaire, d'une députation permanente, d'un collège des bourgmestres et échevins et les présidents de Centres publics d'aide sociale, lorsqu'ils sont assujettis à l'arrêté royal n° 38.

Pour prolonger un droit aux soins de santé, le bénéficiaire de l'article 37 susvisé doit être inscrit auprès d'une mutualité en une qualité de titulaire (par ex., titulaire indépendant ou étudiant ou veuf/veuve ou résident) ou de personne à charge et avoir satisfait à l'obligation de cotisations réglementairement fixée pour l'année de référence :

- Si le bénéficiaire de l'article 37 est inscrit en qualité de travailleur "indépendant" actif et si les cotisations sociales dues et payées dans le cadre du statut social des indépendants n'atteignent pas le minimum dû en application de l'article 12, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal n° 38, le droit aux soins de santé lui sera prolongé moyennant le paiement de la totalité de la cotisation complémentaire. En effet, la qualité de titulaire travailleur indépendant actif est établie mais aucun trimestre d'activité n'est assimilé. Cfr article 290, 12°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
- Si le bénéficiaire de l'article 37 susvisé est inscrit en qualité de titulaire "étudiant", le droit aux soins de santé sera prolongé moyennant paiement de la cotisation personnelle due par les titulaires étudiants
- Si le bénéficiaire de l'article 37 susvisé est inscrit en qualité de titulaire "veuf/veuve", le droit aux soins de santé sera prolongé gratuitement (sans paiement d'une cotisation personnelle)
- Si le bénéficiaire de l'article 37 susvisé est inscrit en qualité de titulaire "résident", le droit aux soins de santé sera également prolongé le cas échéant moyennant paiement d'une cotisation personnelle déterminée en fonction des revenus du ménage dont fait partie le bénéficiaire susvisé.

Dans les trois cas où le droit aux soins de santé est prolongé moyennant paiement d'une cotisation personnelle ou complémentaire, le statut social supplétif des mandataires locaux sera appliqué.

Si le bénéficiaire de l'article 37 susvisé est inscrit en qualité de personne à charge et si cette qualité existe encore pendant l'exercice du mandat politique, le statut social supplétif des mandataires locaux ne sera pas appliqué. Ce statut ne sera pas davantage appliqué dans l'hypothèse où le bénéficiaire de l'article 37 susvisé est inscrit en qualité de titulaire veuf ou veuve.

### 9. Les indépendants en incapacité

Un indépendant en état d'incapacité de travail, bénéficiant d'une assimilation pour la pension dans le cadre du statut social, peut avoir droit aux soins de santé gratuitement.

La possibilité pour un titulaire indépendant d'exercer, pendant une période d'incapacité de travail, une activité autre que sa précédente activité professionnelle indépendante en vue de son reclassement et avec l'autorisation du médecin-conseil pour une période de 12 mois maximum est prévue par l'article 23 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'exercice d'un mandat politique local relève, en effet, de la notion de "*toute autre activité professionnelle*" visée à cet article. Toutefois, lorsque le médecin-conseil considère le mandat politique comme une activité de minime importance<sup>2</sup>, l'autorisation n'est pas requise.

L'exercice d'un tel mandat pourrait mettre fin à l'incapacité après la période maximale visée à l'article 23 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 c'est à dire une période de 2 x 6 mois ou si le médecin-conseil refuse l'autorisation car il considère l'état d'incapacité comme incompatible avec la charge de travail que requiert le mandat. Dans ce cas, le droit aux soins de santé ne serait plus nécessairement gratuit, cela dépendra de la solution qui sera retenue pour octroyer un droit à cette personne. Si des cotisations personnelles étaient dues pour bénéficier des soins de santé, le bénéficiaire susvisé devrait alors bénéficier du statut social supplétif des mandataires locaux.

<sup>2</sup> Pour répondre à la question de savoir s'il s'agit effectivement d'une activité de minime importance, chaque situation doit être examinée concrètement en se basant sur l'ampleur exacte ou sur le volume du mandat politique en question.

## 10. Le conjoint-aidant d'un indépendant

Le bénéficiaire considéré comme conjoint aidant mini-statut (né avant le 01.01.1956) ne tire, dans le cadre de l'assurance soins de santé, aucune qualité de titulaire de sa situation de conjoint aidant : s'il remplit les conditions réglementaires fixées, il peut être inscrit en qualité de personne à charge. Si, par contre, cette solution n'est pas possible, il peut s'inscrire en qualité de titulaire "résident" et des cotisations personnelles seront dues en fonction des revenus du ménage dont il fait partie. Dans ce cas, il bénéficie du statut social supplétif des mandataires locaux.

Le bénéficiaire considéré comme conjoint aidant maxi-statut a la qualité de titulaire indépendant actif comme tout autre indépendant. Dans ce cas, le statut social supplétif des mandataires locaux ne trouve pas à s'appliquer.

## IV. Procédure

Le mandataire doit certifier sa qualité de mandataire local non protégé par une déclaration sur l'honneur, ou par lettre recommandée à la poste, adressée au Collège des bourgmestres et échevins ou au conseil de l'aide social ou par simple lettre avec accusé de réception.

*Dans un délai de deux ans la qualité de mandataire local non protégé doit être certifiée par une attestation de l'organisme assureur auprès duquel le mandataire est affilié. Cette attestation doit être transmise annuellement à la commune ou au centre public d'aide sociale concerné jusqu'à une période de deux ans après la fin de l'exercice du mandat, sur demande du mandataire.*

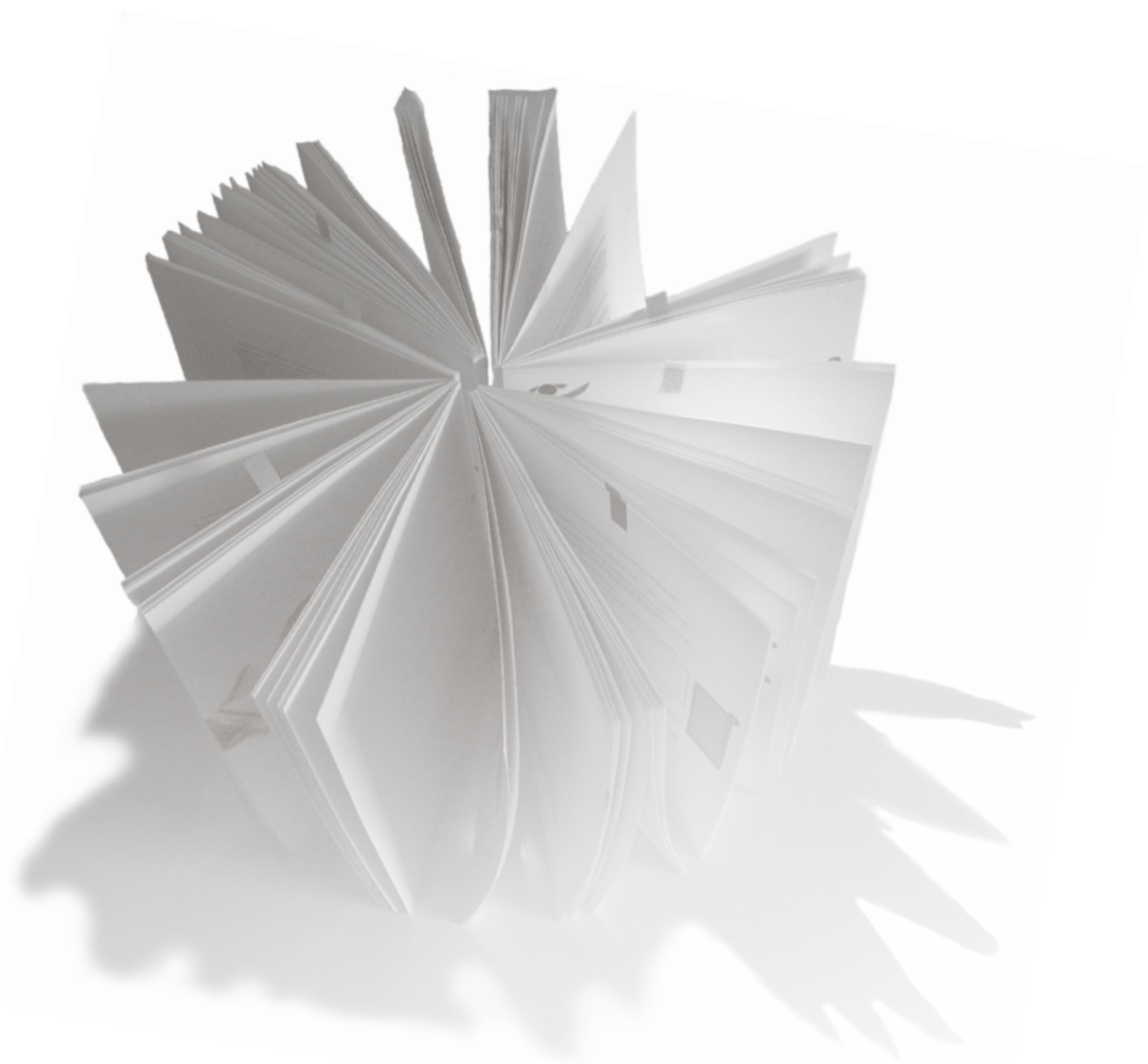
En vigueur à partir du 3 août 2011.



Circulaire O.A. n° 2011/323 - 21/9 du 4 août 2011.

# 6<sup>e</sup> Partie

## Données de base





# I. Adaptation des indemnités à l'indice santé

## Introduction d'une prime de rattrapage après un an d'incapacité de travail

### 1. Régime général

#### Éléments de base

##### a) Adaptation des indemnités à l'indice santé (mesure conjoncturelle)

La moyenne des indices santé des mois de janvier, février, mars et avril 2011 a atteint 114,97 points (base 2004). Conformément à l'article 237 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, il y a lieu d'adapter les indemnités à l'indice santé. Le nouvel indice pivot correspond au coefficient d'augmentation  $(1,02)^{12} = 1,2682$  par rapport à l'indice de base 103,14 (base 1996).

##### b) Introduction 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 157,7038 EUR (montant de base 103,14) 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).

#### Applications au 1<sup>er</sup> mai 2011

##### A. Incapacité de travail primaire

1. Règle générale : l'indemnité non arrondie au 30 avril 2011 doit être multipliée par 1,02 afin d'obtenir l'indemnité au 1<sup>er</sup> mai 2011.

Si un titulaire bénéficiait au 30 avril 2011 d'un des minima ou maxima, il lui est automatiquement octroyé le minimum ou maximum indexé au 1<sup>er</sup> mai 2011 (voir A.3 et B. 2, 3).

2. Titulaires qui, lors du début de leur incapacité, étaient chômeurs ou qui ne disposaient d'aucune rémunération (application de l'art. 27 du Règlement des Indemnités).

a) Application de l'article 211 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Les titulaires en chômage au début de leur incapacité de travail bénéficient au cours des 6 premiers mois d'incapacité d'une indemnité égale à l'allocation de chômage à laquelle ils auraient pu prétendre s'ils ne s'étaient pas trouvés en état d'incapacité de travail.

À titre d'information nous donnons dans le tableau IV, les montants forfaitaires relatifs aux différentes catégories de chômeurs, et en tableau V les allocations de chômage indexées et arrondies à 60 %, 55 % et 40 %.

b) Pour les titulaires dont l'allocation de chômage est calculée sur la base de la rémunération gagnée du fait de leur occupation, que le taux minimum de l'allocation de chômage soit appliqué ou non, il y a lieu de prendre en considération la rémunération journalière ayant servi de base à la fixation de l'allocation de chômage. Pour ces chômeurs, une catégorie de rémunération (de 5-72) est mentionnée sur la feuille de renseignements. Cette catégorie de rémunération figure dans le tableau II, et elle donne automatiquement le montant de l'indemnité AMI à payer.

Pour les titulaires qui se trouvaient déjà en état d'incapacité de travail au 30 avril 2011, l'adaptation s'opère en multipliant le montant par 1,02.

c) Pour les titulaires qui sont en chômage au début de leur incapacité de travail et pour lesquels, lors du calcul de l'allocation de chômage, il n'a pas été tenu compte d'une catégorie de rémunération 5-72 (par ex. forfait, étudiants, etc.) ou pour les titulaires qui ne sont pas en chômage mais pour lesquels il n'y a pas de rémunération (par ex. assurance continuée, législation étrangère, etc.), il y a lieu d'utiliser le tableau III (employés de la catégorie I). La rémunération à prendre en considération varie selon l'âge. Ces rémunérations ne suivent pas la même logique d'indexation que les indemnités.

Le tableau III est d'application pour ceux dont l'incapacité de travail a débuté au plus tôt au 1<sup>er</sup> janvier 2008. (tableaux non publiés ici)

### 3. Indemnité maximale (art. 212 de l'A.R. du 03.07.1996)

a) Début d'incapacité du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, le salaire maximum est de :

$$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 = 122,1665 \text{ EUR}$$

L'indemnité maximale s'élève à 60 % du salaire maximum soit :

$$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 73,2999 \text{ EUR arrondi à } 73,3 \text{ EUR}$$

b) Début d'incapacité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, le salaire maximum est de :

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 = 123,1437 \text{ EUR}$$

L'indemnité maximale s'élève à 60 % du salaire maximum soit :

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 73,8862 \text{ EUR arrondi à } 73,89 \text{ EUR}$$

c) Début d'incapacité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, le salaire maximum est de :

$$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 = 124,0057 \text{ EUR}$$

L'indemnité maximale s'élève à 60 % du salaire maximum soit :

$$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 74,4034 \text{ EUR arrondi à } 74,4 \text{ EUR}$$

## B. À partir du 1<sup>er</sup> jour du 7<sup>e</sup> mois de l'incapacité de travail

1. Règle générale : l'indemnité non arrondie au 30 avril 2011 doit être multipliée par 1,02 afin d'obtenir l'indemnité au 1<sup>er</sup> mai 2011.

Si un titulaire bénéficiait au 30 avril 2011 d'un des minima, il lui est automatiquement octroyé le minimum indexé au 1<sup>er</sup> mai 2011 (voir B. 2,3).

2. Indemnité minimum pour les titulaires qui possèdent la qualité de travailleur régulier (art. 214, § 1<sup>er</sup> de l'A.R. du 03.07.1996).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, les montants minima octroyés aux titulaires avec charge et aux isolés ayant la qualité de travailleur régulier sont alignés sur les montants de la pension minimum des travailleurs salariés. Les montants de base de la pension minimum des travailleurs salariés sont des montants annuels, ces derniers doivent donc être divisés par 312 pour obtenir une base journalière ( $312 = 26 \text{ jours} * 12 \text{ mois}$ ).

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, ces montants deviennent :

- a) Titulaires avec charge de famille :  
 $12\,361,17 \text{ EUR} * 1,2682 / 312 = 50,245 \text{ EUR}$  arrondi à 50,25 EUR
- b) Titulaires isolés :  
 $9\,892,05 \text{ EUR} * 1,2682 / 312 = 40,2086 \text{ EUR}$  arrondi à 40,21 EUR
- c) Titulaires cohabitants :  
 $27,185 \text{ EUR} * 1,2682 = 34,476 \text{ EUR}$  arrondi à 34,48 EUR

3. Indemnité minimum pour les titulaires, travailleurs non réguliers (art. 214, § 2 de l'A.R. du 03.07.1996).

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007, les montants minima octroyés aux titulaires ayant la qualité de travailleur non régulier sont alignés sur les montants du revenu d'intégration sociale. Les montants de base du revenu d'intégration sociale sont des montants annuels, ces derniers doivent donc être divisés par 312 pour obtenir une base journalière ( $312 = 26 \text{ jours} * 12 \text{ mois}$ ).

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, ces montants deviennent :

- a) Titulaires avec charge de famille :  
 $9\,526,34 \text{ EUR} * 1,2682 / 312 = 38,7221 \text{ EUR}$  arrondi à 38,72 EUR
- b) Titulaires sans charge de famille :  
 $7\,144,75 \text{ EUR} * 1,2682 / 312 = 29,0416 \text{ EUR}$  arrondi à 29,04 EUR

## C. Invalidité

1. Règle générale : l'indemnité non arrondie au 30 avril 2011 doit être multipliée par 1,02 afin d'obtenir l'indemnité au 1<sup>er</sup> mai 2011.

Si un titulaire bénéficiait au 30 avril 2011 d'un des minima ou maxima, il lui est automatiquement octroyé le minimum.

2. Indemnité maximale (art. 213 de l'A.R. du 03.07.1996).

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, ces montants deviennent :

• **Début d'incapacité avant le 1<sup>er</sup> octobre 1974**

- a) Titulaires avec charge de famille :  
 $38,3895 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 51,0577 \text{ EUR}$  arrondi à 51,06 EUR
- b) Titulaires sans charge de famille :  
 $25,6917 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 34,1697 \text{ EUR}$  arrondi à 34,17 EUR

• **Début d'incapacité du 1<sup>er</sup> octobre 1974 au 31 décembre 2002**

- a) Titulaires avec charge de famille :  
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 80,836 \text{ EUR}$  arrondi à 80,84 EUR
- b) Titulaires isolés :  
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 68,3997 \text{ EUR}$  arrondi à 68,4 EUR
- c) Titulaires cohabitants :  
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 49,7452 \text{ EUR}$  arrondi à 49,75 EUR

• **Début d'incapacité du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2004**

- Invalide avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005

- a) Titulaires avec charge de famille :  
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% \times 1,02 \times 1,008 = 79,251 \text{ EUR}$  arrondi à 79,25 EUR
- b) Titulaires isolés :  
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% \times 1,02 \times 1,008 = 67,0586 \text{ EUR}$  arrondi à 67,06 EUR
- c) Titulaires cohabitants :  
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% \times 1,02 \times 1,008 = 48,7698 \text{ EUR}$  arrondi à 48,77 EUR

- Invalide à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005

- a) Titulaires avec charge de famille :  
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% \times 1,02 \times 1,008 = 80,836 \text{ EUR}$  arrondi à 80,84 EUR
- b) Titulaires isolés :  
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% \times 1,02 \times 1,008 = 68,3997 \text{ EUR}$  arrondi à 68,4 EUR
- c) Titulaires cohabitants :  
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% \times 1,02 \times 1,008 = 49,7452 \text{ EUR}$  arrondi à 49,75 EUR

• **Début d'incapacité du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2007**

- Invalide avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007

- a) Titulaires avec charge de famille :  
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% \times 1,008 = 79,2509 \text{ EUR}$  arrondi à 79,25 EUR
- b) Titulaires isolés :  
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% \times 1,008 = 67,0586 \text{ EUR}$  arrondi à 67,06 EUR
- c) Titulaires cohabitants :  
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% \times 1,008 = 48,7698 \text{ EUR}$  arrondi à 48,77 EUR

- Invalide du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008

- a) Titulaires avec charge de famille :  
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% \times 1,008 = 80,0435 \text{ EUR}$  arrondi à 80,04 EUR
- b) Titulaires isolés :  
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% \times 1,008 = 67,7291 \text{ EUR}$  arrondi à 67,73 EUR
- c) Titulaires cohabitants :  
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% \times 1,008 = 49,2575 \text{ EUR}$  arrondi à 49,26 EUR

- Invalide à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009 <sup>1</sup>
    - a) Titulaires avec charge de famille :  
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% \times 1,008 = 80,6838 \text{ EUR}$  arrondi à 80,68 EUR
    - b) Titulaires isolés :  
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% \times 1,008 = 68,2709 \text{ EUR}$  arrondi à 68,27 EUR
    - c) Titulaires cohabitants :  
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% \times 1,008 = 49,6516 \text{ EUR}$  arrondi à 49,65 EUR
  - **Début d'incapacité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008**
    - Invalide avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009 <sup>2</sup>
      - a) Titulaires avec charge de famille :  
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% = 79,4082 \text{ EUR}$  arrondi à 79,41 EUR
      - b) Titulaires isolés :  
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% = 67,1916 \text{ EUR}$  arrondi à 67,19 EUR
      - c) Titulaires cohabitants :  
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% = 48,8666 \text{ EUR}$  arrondi à 48,87 EUR
    - Invalide du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2010
      - a) Titulaires avec charge de famille :  
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% = 80,0435 \text{ EUR}$  arrondi à 80,04 EUR
      - b) Titulaires isolés :  
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% = 67,7291 \text{ EUR}$  arrondi à 67,73 EUR
      - c) Titulaires cohabitants :  
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% = 49,2575 \text{ EUR}$  arrondi à 49,26 EUR
    - Invalide à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011
      - a) Titulaires avec charge de famille :  
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% = 80,6037 \text{ EUR}$  arrondi à 80,6 EUR
      - b) Titulaires isolés :  
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% = 68,2032 \text{ EUR}$  arrondi à 68,2 EUR
      - c) Titulaires cohabitants :  
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% = 49,6023 \text{ EUR}$  arrondi à 49,6 EUR

### 3. Cumul avec l'allocation de handicapé.

Le tableau VI (non publié ici), donne les montants qui doivent être pris en considération, à partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, pour les handicapés qui restent soumis à l'application de la loi du 27 juin 1969 en vertu des dispositions transitoires prévues à l'article 28 de la loi du 27 février 1987 relatives aux allocations aux handicapés (ces montants valent seulement si l'intéressé bénéficie d'une allocation complète).

Le tableau VI ne reprend plus que les montants connus suivant l'ancien régime et pour lesquels les règles de cumul sont encore d'application.

1. Cette rubrique concerne des titulaires pour qui la période d'incapacité primaire a été suspendue en raison d'une période de maternité.  
 2. Cette rubrique concerne des titulaires assurés étrangers qui sont reconnus invalides avant d'avoir atteint un an d'incapacité.

#### 4. Indemnités partielles d'invalidité dans le cadre des Règlements de la CEE.

a) Cas où l'invalidé ne bénéficie pas d'une autre prestation que la ou les pensions d'invalidité étrangères.

En vertu de l'article 59, § 2 du Règlement (CE) n° 883/2004, les organismes assureurs doivent appliquer la formule suivante :

Montant non arrondi de la prestation partielle au 30 avril 2011	x	Montant pour ordre non <u>arrondi au 1<sup>er</sup> mai 2011</u> Montant pour ordre non arrondi au 30 avril 2011
---	---	---

Il convient de noter que par montant pour ordre, l'on entend le montant de l'indemnité d'invalidité à laquelle le titulaire pourrait prétendre à charge de la Belgique s'il ne bénéficiait pas d'une prestation à charge d'un autre État membre de la CEE.

b) Cas où l'invalidé bénéficie en outre d'une prestation de nature différente entraînant l'application d'une règle anticumul.

La formule mentionnée au point 4.a. est d'application, mais il convient de retenir qu'en vertu de la jurisprudence de la Cour de Justice des C.E. le montant pour ordre à prendre en considération est le montant pour ordre non arrondi avant application des règles anti-cumul.

c) Il est rappelé que l'INAMI ne communiquera aux organismes assureurs le montant adapté au moyen d'un avis individuel que dans les cas où l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 est applicable ou lorsque l'assuré visé sous 4.b. et assujéti en dernier lieu à une législation étrangère bénéficie d'une pension d'invalidité allouée par un État non membre de la C.E.E.

#### 5. Retenue de 3,5 % sur les indemnités d'invalidité. (art. 134-139 de la loi portant des dispositions diverses (I) du 27.12.2006 – M.B. du 28.12.2006, éd.3).

En application des articles susmentionnés, une retenue de 3,5 % doit être appliquée sur les indemnités d'invalidité en faveur du secteur Pensions.

La retenue de 3,5 % sur les indemnités d'invalidité ne peut toutefois entraîner une réduction de ces indemnités à un montant inférieur à un certain plancher journalier, qui varie selon que l'intéressé a charge de famille ou non.

Voici ces planchers à partir du 1<sup>er</sup> mai 2011 :

- a) Titulaires avec charge de famille : 55,14 EUR
- b) Titulaires sans charge de famille : 45,78 EUR

La retenue est partielle sur les montants d'indemnités d'invalidité compris entre :

- a) Titulaires avec charge de famille : 55,15 EUR à 57,13 EUR
- b) Titulaires sans charge de famille : 45,79 EUR à 47,43 EUR

La retenue est intégrale sur les montants d'indemnités d'invalidité à partir de :

- a) Titulaires avec charge de famille : 57,14 EUR
- b) Titulaires sans charge de famille : 47,44 EUR

## D. Repos de maternité

(art. 216-219 de l'A.R. du 03.07.1996)

Les 30 premiers jours du repos de maternité, l'indemnité de maternité s'élève à :

- 82 % du salaire non plafonné pour les salariés (actives).
- 79,5 % du salaire plafonné pour invalides et chômeuses.

À partir du 31<sup>e</sup> jour du repos de maternité l'indemnité s'élève à :

- 75 % du salaire plafonné.

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, les indemnités maximales sont les suivantes :

- **Pour les cas du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008**

- a) 30 premiers jours :  
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 79,5 \% = 97,1223 \text{ EUR}$  arrondi à 97,12 EUR
- b) À partir du 31<sup>e</sup> jour :  
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 75 \% = 91,6249 \text{ EUR}$  arrondi à 91,62 EUR

- **Pour les cas du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2010**

- a) 30 premiers jours :  
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 79,5 \% = 97,8993 \text{ EUR}$  arrondi à 97,9 EUR
- b) À partir du 31<sup>e</sup> jour :  
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 75 \% = 92,3578 \text{ EUR}$  arrondi à 92,36 EUR

- **Pour les cas à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011**

- a) 30 premiers jours :  
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 79,5 \% = 98,5846 \text{ EUR}$  arrondi à 98,58 EUR
- b) À partir du 31<sup>e</sup> jour :  
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 75 \% = 93,0043 \text{ EUR}$  arrondi à 93 EUR

## E. Écartement du travail

(art. 219<sup>bis</sup> et 219<sup>ter</sup> de l'A.R. du 03.07.1996)

Écartement pour cause de grossesse

Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010, l'écartement du travail pour cause de grossesse était une compétence partagée entre le Fonds des maladies professionnelles (FMP) et l'INAMI. Les titulaires étaient indemnisées à un pourcentage différent selon qu'elles étaient prises en charge par le FMP ou l'INAMI. Les titulaires prises en charge par l'INAMI percevaient une indemnité égale à 60 % du salaire perdu (limité au plafond AMI).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, toutes les travailleuses enceintes écartées du travail à partir de cette date sont prises en charge par l'INAMI et perçoivent une indemnité journalière égale à 78,237 % du salaire perdu (limité au plafond AMI).

Écartement pour cause d'allaitement

Les titulaires sont indemnisées à 60 % du salaire perdu (limité au plafond AMI)

Une exception est toutefois prévue pour les gardiennes d'enfants pour lesquelles l'indemnité sera calculée sur base du revenu repris au point K (statut social des parents d'accueil).

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, les indemnités maximales sont les suivantes :

- **Pour les cas du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008**

Écartement pour cause de grossesse et pour cause d'allaitement :

$$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 73,2999 \text{ EUR arrondi à } 73,3 \text{ EUR}$$

- **Pour les cas du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2009**

Écartement pour cause de grossesse et pour cause d'allaitement :

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 73,8862 \text{ EUR arrondi à } 73,89 \text{ EUR}$$

- **Pour les cas du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2010**

Écartement pour cause de grossesse :

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 78,237 \% = 97,0184 \text{ EUR arrondi à } 96,34 \text{ EUR}$$

Écartement pour cause d'allaitement :

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 74,4034 \text{ EUR arrondi à } 73,89 \text{ EUR}$$

- **Pour les cas à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011**

Écartement pour cause de grossesse :

$$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 78,237 \% = 97,0184 \text{ EUR arrondi à } 97,02 \text{ EUR}$$

Écartement pour cause d'allaitement :

$$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 74,4034 \text{ EUR arrondi à } 74,4 \text{ EUR}$$

## F. Congé de paternité

(art. 223*bis* de l'A.R. du 03.07.1996)

Les pères ont droit à un congé de 10 jours dont 7 jours sont payés par l'assurance maladie invalidité.

Ces 7 jours sont indemnisés à 82% du salaire plafonné.

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, l'indemnité maximale devient :

- **Pour les cas du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008**

$$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 82 \% = 100,1765 \text{ EUR arrondi à } 100,18 \text{ EUR}$$

- **Pour les cas du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2010**

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 82 \% = 100,9779 \text{ EUR arrondi à } 100,98 \text{ EUR}$$

- **Pour les cas à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011**

$$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 82 \% = 101,6847 \text{ EUR arrondi à } 101,68 \text{ EUR}$$



## G. Congé d'adoption

(art. 223<sup>ter</sup> de l'A.R. du 03.07.1996)

En cas d'adoption, les parents ont droit à un congé :

- de 6 semaines en cas d'adoption d'un enfant de moins de 3 ans
- de 4 semaines lorsque l'enfant est âgé entre 3 et moins de 8 ans

Ces durées sont doublées lorsque l'enfant est handicapé.

Trois jours sont à charge de l'employeur. Les autres jours sont indemnisés à 82% du salaire plafonné.

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, l'indemnité maximale devient :

- **Pour les cas du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008**

$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 82 \% = 100,1765 \text{ EUR}$  arrondi à 100,18 EUR

- **Pour les cas du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2010**

$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 82 \% = 100,9779 \text{ EUR}$  arrondi à 100,98 EUR

- **Pour les cas à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011**

$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 82 \% = 101,6847 \text{ EUR}$  arrondi à 101,68 EUR

## H. Reprise de travail autorisée par le médecin-conseil

(art. 230 de l'A.R. du 03.07.1996)

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, le montant des tranches de revenu s'élève à :

$9,06 \text{ EUR} \times 1,2682 = 11,4899 \text{ EUR}$

## I. Allocation forfaitaire pour aide de tierce personne

(art. 215<sup>bis</sup>, 215<sup>ter</sup> de l'A.R. du 03.07.1996)

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, le montant forfaitaire pour aide de tierce personne s'élève à :

$10,4466 \text{ EUR} \times 1,2682 = 13,2484 \text{ EUR}$  arrondi à 13,25 EUR

Le montant forfaitaire pour aide de tierce personne (ATP) est d'application pour l'ensemble des titulaires à l'exception des titulaires sans charge de famille qui bénéficiaient d'une indemnité d'invalidité avec charge avant l'entrée en vigueur du forfait et pour qui la différence entre l'indemnité avec charge et sans charge était supérieure au forfait. Ces derniers pourront conserver une indemnité avec charge tant que l'aide de tierce personne leur sera reconnue et que cette ancienne règle leur sera favorable.

## J. Revenus autorisés des personnes à charge

(art. 225 de l'A.R. du 03.07.1996)

Les montants mensuels adaptés à l'index deviennent au 1<sup>er</sup> mai 2011 :

660,4241 EUR x 1,2682 = 837,5498 EUR arrondi à 837,55 EUR  
762,9204 EUR x 1,2682 = 967,5357 EUR arrondi à 967,54 EUR  
1 387,49 EUR x 1,0404 = 1 443,5446 EUR arrondi à 1 443,54 EUR (montant de base fixé au 01.10.2008)

Pour être considéré comme titulaire avec charge, le revenu mensuel brut de la personne à charge ne peut être supérieur à 837,55 EUR.

Un second plafond permet l'octroi d'une indemnité calculée en tant qu'isolé, pour autant qu'il s'agisse d'un **revenu professionnel** supérieur à 837,55 EUR mais inférieur à 1 443,54 EUR.

Un troisième plafond permet l'octroi d'une indemnité calculée en tant qu'isolé, pour autant qu'il s'agisse d'un **revenu de remplacement** supérieur à 837,55 EUR, sans excéder 967,54 EUR.

## K. Statut social des parents d'accueil

Le salaire sur lequel les cotisations de sécurité sociale sont calculées est déterminé sur base du revenu minimum mensuel moyen garanti fixé dans la C.C.T. n° 43 du 2 mai 1988. Le montant de base actuellement en vigueur a été fixé au 1<sup>er</sup> octobre 2008.

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, ce salaire s'élève à :

- a) Salaire mensuel :  
 $1\,387,49 \text{ EUR} \times 1,0404 = 1\,443,5446 \text{ EUR}$  arrondi à 1 443,54 EUR
- b) Salaire journalier :  
 $1\,387,49 \text{ EUR} \times 1,0404 / 26 = 55,5209 \text{ EUR}$  arrondi à 55,52 EUR
- c) Salaire horaire :  
 $1\,387,49 \text{ EUR} \times 1,0404 \times 3 / 494 = 8,7665 \text{ EUR}$  arrondi à 8,77 EUR

## L. Allocation forfaitaire pour frais funéraires

(art. 238 de l'A.R. du 03.07.1996)

Le montant forfaitaire non lié à l'indice santé est de 148,74 EUR.

## M. Indemnités maximales perçues dans le cadre du volontariat

(Loi du 03.07.2005 relative aux droits des volontaires modifiée par la loi du 19.07.2006)

Le caractère non rémunéré du volontariat n'empêche pas que le volontaire puisse être indemnisé par l'Organisation pour laquelle il travaille des frais qu'il a supportés pour celle-ci. Le volontaire n'est pas tenu de prouver la réalité et le montant de ces frais, pour autant que le montant des indemnités perçues n'excède pas les montants suivants :

### Pour l'exercice 2010 :

Montant journalier :

$$24,79 \text{ EUR} \times 1,219 = 30,219 \text{ EUR arrondi à } 30,22 \text{ EUR}$$

Montant annuel :

$$991,57 \text{ EUR} \times 1,219 = 1\,208,7238 \text{ EUR arrondi à } 1\,208,72 \text{ EUR}$$

### Pour l'exercice 2011 :

Montant journalier :

$$24,79 \text{ EUR} \times 1,2434 = 30,8239 \text{ EUR arrondi à } 30,82 \text{ EUR}$$

Montant annuel :

$$991,57 \text{ EUR} \times 1,2434 = 1\,232,9181 \text{ EUR arrondi à } 1\,232,92 \text{ EUR}$$

Ces montants sont indexés au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sur base du coefficient d'augmentation en vigueur à ces différentes dates.

Si le montant total des indemnités que le volontaire a perçues de l'Organisation excède ces montants, ces indemnités ne peuvent être considérées comme un remboursement des frais supportés par le volontaire pour l'organisation que si la réalité et le montant de ces frais peuvent être justifiés au moyen de documents probants.

## N. Primes de rattrapage et de bien-être

(art. 237<sup>quinquies</sup> de l'A.R. du 03.07.1996 et art. 62 de la loi du 29.12.1990 portant des dispositions sociales)

À partir du mois de mai de l'année 2011, une **prime de rattrapage** est 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).

Une **prime de bien-être** est versée au mois de janvier de chaque année aux titulaires entrés en incapacité avant le 1<sup>er</sup> octobre 1974. Le montant de cette prime n'est pas lié à l'évolution de l'indice santé.

Le montant de ces primes s'élèvent au 1<sup>er</sup> mai 2011 à :

Prime de rattrapage :

$$157,7038 \text{ EUR} \times 1,2682 = 200 \text{ EUR arrondi à } 200 \text{ EUR}$$

Prime de bien-être :

$$123,95 \text{ EUR}$$

## 2. Régime des travailleurs indépendants

### Éléments de base

#### a) Adaptation des indemnités à l'indice santé (mesure conjoncturelle)

La moyenne des indices santé lissés des mois de janvier, février, mars et avril 2011 a atteint l'indice pivot 114,97 (base 2004). Par application de la loi du 2 août 1971 (M.B. 20.08.1971), il y a lieu d'adapter les indemnités des travailleurs indépendants à l'indice santé. Cet indice pivot correspond au coefficient d'augmentation  $(1,02)^{12} = 1,2682$  par rapport à l'indice de base 103,14 (base 1996).

#### b) Introduction 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 157,7038 EUR (montant de base 103,14) 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).

### Application

#### A. Incapacité de travail primaire

(art. 9 de l'A.R. du 20.07.1991)

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, les forfaits octroyés aux titulaires en incapacité primaire avec charge et isolés sont alignés sur les montants de la pension minimum des travailleurs indépendants. Les montants de base de la pension minimum des travailleurs indépendants sont des montants annuels, ces derniers doivent donc être divisés par 312 pour obtenir une base journalière ( $312 = 26 \text{ jours} \times 12 \text{ mois}$ ).

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, ces forfaits deviennent :

- a) Titulaires avec charge de famille :  
 $12\,142,12 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 49,3546 \text{ EUR}$  arrondi à 49,35 EUR
- b) Titulaires isolés :  
 $9\,308,83 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 37,838 \text{ EUR}$  arrondi à 37,84 EUR
- c) Titulaires cohabitants :  
 $24,3153 \text{ EUR} \times 1,2682 = 30,8367 \text{ EUR}$  arrondi à 30,84 EUR

#### B. Invalidité

(art. 10 de l'A.R. du 20.07.1971)

##### **Invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, les forfaits octroyés aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise sont alignés sur les forfaits octroyés aux titulaires en incapacité primaire (voir point précédent).

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, ces forfaits deviennent :

- a) Titulaires avec charge de famille :  
 $12\,142,12 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 49,3546 \text{ EUR}$  arrondi à 49,35 EUR
- b) Titulaires isolés :  
 $9\,308,83 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 37,838 \text{ EUR}$  arrondi à 37,84 EUR
- c) Titulaires cohabitants :  
 $24,3153 \text{ EUR} \times 1,2682 = 30,8367 \text{ EUR}$  arrondi à 30,84 EUR

#### **Invalides ayant mis fin à leur entreprise**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, les forfaits octroyés aux invalides ayant mis fin à leur entreprise sont alignés sur les montants minima octroyés aux titulaires du régime général ayant la qualité de travailleur régulier. Les minima en question sont alignés, en ce qui concerne les titulaires avec charges et isolés, sur les montants minimum de la pension des travailleurs salariés qui sont donnés sur une base annuelle. Ces derniers doivent donc être divisés par 312 pour obtenir une base journalière ( $312 = 26 \text{ jours} \times 12 \text{ mois}$ ).

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, ces forfaits deviennent :

- a) Titulaires avec charge de famille :  
 $12\,361,17 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 50,245 \text{ EUR}$  arrondi à 50,25 EUR
- b) Titulaires isolés :  
 $9\,892,05 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 40,2086 \text{ EUR}$  arrondi à 40,21 EUR
- c) Titulaires cohabitants :  
 $27,185 \text{ EUR} \times 1,2682 = 34,476 \text{ EUR}$  arrondi à 34,48 EUR

### C. Maternité

(art. 93 et 94 de l'A.R. du 20.07.1971)

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007, la période de maternité constitue une période de repos de 8 semaines mais peut, au choix de la titulaire, être limitée à 6 ou 7 semaines. Cette période est prolongée d'une semaine en cas de naissance multiple.

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, le montant de l'allocation de maternité hebdomadaire s'élève à :

$$308,22 \text{ EUR} \times 1,2682 = 390,88 \text{ EUR}$$

### D. Adoption

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

En cas d'adoption, les parents ont droit à un congé :

- de 6 semaines en cas d'adoption d'un enfant de moins de 3 ans
- de 4 semaines lorsque l'enfant est âgé entre 3 et moins de 8 ans

Ces durées sont doublées lorsque l'enfant est handicapé.

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, le montant de l'allocation d'adoption hebdomadaire s'élève à :

$$308,22 \text{ EUR} \times 1,2682 = 390,88 \text{ EUR}$$

## E. Revenu professionnel annuel autorisé

(art. 28*bis* de l'A.R. du 20.07.1971)

En cas de reprise d'une activité rémunérée autorisée, les indemnités dues à partir de la quatrième année civile qui suit le début de cette activité peuvent être soit suspendues soit réduites. Les montants du revenu professionnel annuel mentionné ci-après ne sont pas liés à l'évolution de l'indice santé.

Les indemnités sont suspendues si les revenus professionnels de l'activité autorisée dépassent d'au moins 15 % le montant du revenu professionnel annuel autorisé qui s'élève à 13 719,35 EUR pour les revenus 2007 et à 17 149,19 EUR à partir des revenus de 2008.

Si les revenus professionnels de l'activité autorisée dépassent de moins de 15 % ces montants du revenu professionnel annuel autorisé, les indemnités sont réduites à concurrence du pourcentage de dépassement.

## F. Allocation forfaitaire pour aide de tierce personne

(art. 12 de l'A.R. du 20.07.1971)

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011, le montant de l'allocation forfaitaire pour aide de tierce personne s'élève à :

$$10,4466 \text{ EUR} \times 1,2682 = 13,2484 \text{ EUR arrondi à } 13,25 \text{ EUR}$$

## G. Revenus autorisés des personnes à charge

(art. 9, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de l'A.R. du 20.07.1971)

Les montants mensuels adaptés à l'index deviennent au 1<sup>er</sup> mai 2011 :

$$660,4241 \text{ EUR} \times 1,2682 = 837,5498 \text{ EUR arrondi à } 837,55 \text{ EUR}$$

$$762,9204 \text{ EUR} \times 1,2682 = 967,5357 \text{ EUR arrondi à } 967,54 \text{ EUR}$$

$$1\,387,49 \text{ EUR} \times 1,0404 = 1\,443,5446 \text{ EUR arrondi à } 1\,443,54 \text{ EUR (montant de base fixé au } 01.10.2008)$$

Pour être considéré comme titulaire avec charge, le revenu mensuel brut de la personne à charge ne peut être supérieur à 837,55 EUR.

Un second plafond permet l'octroi d'une indemnité calculée en tant qu'isolé, pour autant qu'il s'agisse d'un **revenu professionnel** supérieur à 837,55 EUR mais inférieur à 1 443,54 EUR.

Un troisième plafond permet l'octroi d'une indemnité calculée en tant qu'isolé, pour autant qu'il s'agisse d'un **revenu de remplacement** supérieur à 837,55 EUR, sans excéder 967,54 EUR.

## H. Indemnités maximales perçues dans le cadre du volontariat

(Loi du 03.07.2005 relative aux droits des volontaires modifiée par la loi du 19.07.2006)

Le caractère non rémunéré du volontariat n'empêche pas que le volontaire puisse être indemnisé par l'Organisation pour laquelle il travaille pour des frais qu'il a supportés pour celle-ci. Le volontaire n'est pas tenu de prouver la réalité et le montant de ces frais, pour autant que le montant des indemnités perçues n'excède pas les montants suivants :

### Pour l'exercice 2010 :

Montant journalier :

$$24,79 \text{ EUR} \times 1,219 = 30,219 \text{ EUR arrondi à } 30,22 \text{ EUR}$$

Montant annuel :

$$991,57 \text{ EUR} \times 1,219 = 1\,208,7238 \text{ EUR arrondi à } 1\,208,72 \text{ EUR}$$

### Pour l'exercice 2011 :

Montant journalier :

$$24,79 \text{ EUR} \times 1,2434 = 30,8239 \text{ EUR arrondi à } 30,82 \text{ EUR}$$

Montant annuel :

$$991,57 \text{ EUR} \times 1,2434 = 1\,232,9181 \text{ EUR arrondi à } 1\,232,92 \text{ EUR}$$

Ces montants sont indexés au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sur base du coefficient d'augmentation en vigueur à ces différentes dates.

Si le montant total des indemnités que le volontaire a perçu de l'Organisation excède ces montants, ces indemnités ne peuvent être considérées comme un remboursement des frais supportés par le volontaire pour l'organisation que si la réalité et le montant de ces frais peuvent être justifiés au moyen de documents probants.

## I. Prime de rattrapage

À partir du mois de mai de l'année 2011, une **prime de rattrapage** est versée au mois de mai de chaque année (N) aux titulaires dont la durée de l'incapacité a atteint au mois 1 an au 31 décembre de l'année qui précède (N-1).

Prime de rattrapage :

$$157,7038 \text{ EUR} \times 1,2682 = 200 \text{ EUR arrondi à } 200 \text{ EUR}$$

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé											
À partir du - Jusqu'au		01-09-2010	31-12-2010	01-01-2011	30-04-2011	à partir du 01-05-2011		Prochaine indexation			
Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)		112,72	1,2434	112,72	1,234	114,97	1,2682	117,27	1,2936		
<b>I. SALARIÉS</b>											
<b>1 - Plafond journalier AMI</b>											
début d'incapacité	antérieur au 01/01/2005	116,2662		116,2662		118,5852		120,9603			
	du 01/01/2005 au 31/12/2006	118,5915		118,5915		120,9569		123,3794			
	du 01/01/2007 au 31/12/2008	119,7775		119,7775		122,1665		124,6133			
	du 01/01/2009 au 31/12/2010	120,7356		120,7356		123,1437		125,6101			
	à partir du 01/01/2011	-		121,5808		124,0057		126,4894			
<b>2 - Incapacité primaire</b>											
Maximum	du 01/01/2007 au 31/12/2008	71,8665	71,87	71,8665	71,87	73,2999	73,30	74,7680	74,77		
	du 01/01/2009 au 31/12/2010 à partir du 01/01/2011	72,4414	72,44	72,4414	72,44	73,8862	73,89	75,3661	75,37		
Minimum	Travailleur régulier										
	avec charge de famille isolés	49,2624	49,26	49,2624	49,26	50,2450	50,25	51,2513	51,25		
	cohabitants	39,4224	39,42	39,4224	39,42	40,2086	40,21	41,0140	41,01		
	Travailleur non régulier	33,8018	33,80	33,8018	33,80	34,4760	34,48	35,1665	35,17		
	avec charge de famille sans charge de famille	37,9649	37,96	37,9649	37,96	38,7221	38,72	39,4977	39,50		
		28,4737	28,47	28,4737	28,47	29,0416	29,04	29,6232	29,62		
<b>3 - Invalidité</b>											
Indemnité Journalière	Maximum	début d'incapacité primaire	avant le 01/10/1974								
			avec charge de famille	50,0592	50,06	50,0592	50,06	51,0577	51,06	52,0803	52,08
			sans charge de famille	33,5015	33,50	33,5015	33,50	34,1697	34,17	34,8541	34,85
			du 01/10/1974 au 31/12/2002								
			avec charge de famille isolés	79,2552	79,26	79,2552	79,26	80,8360	80,84	82,4550	82,46
			cohabitants	67,0621	67,06	67,0621	67,06	68,3997	68,40	69,7696	69,77
			du 01/01/2003 au 31/12/2004	48,7724	48,77	48,7724	48,77	49,7452	49,75	50,7415	50,74
			Invalide avant 01/01/2005								
			avec charge de famille isolés	77,7012	77,70	77,7012	77,70	79,2510	79,25	80,8383	80,84
			cohabitants	65,7472	65,75	65,7472	65,75	67,0586	67,06	68,4016	68,40
			Invalide à partir du 01/01/2005 <sup>1</sup>	47,8161	47,82	47,8161	47,82	47,8161	47,82	49,7466	49,75
			avec charge de famille isolés	79,2552	79,26	79,2552	79,26	80,8360	80,84	82,4550	82,46
			cohabitants	67,0621	67,06	67,0621	67,06	68,3997	68,40	69,7696	69,77
			du 01/01/2005 au 31/12/2007	48,7724	48,77	48,7724	48,77	49,7452	49,75	50,7415	50,74
			Invalide avant le 01/01/2007 <sup>2</sup>								
			avec charge de famille isolés	77,7012	77,70	77,7012	77,70	79,2509	79,25	80,8383	80,84
			cohabitants	65,7472	65,75	65,7472	65,75	67,0586	67,06	68,4016	68,40
			Invalide du 01/01/2007 au 31/12/2008	47,8161	47,82	47,8161	47,82	48,7698	48,77	49,7466	49,75
			avec charge de famille isolés	78,4782	78,48	78,4782	78,48	80,0435	80,04	81,6466	81,65
			cohabitants	66,4046	66,40	66,4046	66,40	67,7291	67,73	69,0856	69,09
	Invalide à partir du 01/01/2009 <sup>1</sup>	48,2943	48,29	48,2943	48,29	49,2575	49,26	50,2441	50,24		
	avec charge de famille isolés	79,1060	79,11	79,1060	79,11	80,6838	80,68	82,2997	82,30		
	cohabitants	66,9358	66,94	66,9358	66,94	68,2709	68,27	69,6382	69,64		
	à partir du 01/01/2008	48,6806	48,68	48,6806	48,68	49,6516	49,65	50,6460	50,65		
	- Invalide avant le 01/01/2009 <sup>2</sup>										
	avec charge de famille isolés	77,8554	77,86	77,8554	77,86	79,4082	79,41	80,9986	81,00		
	cohabitants	65,8776	65,88	65,8776	65,88	67,1916	67,19	68,5373	68,54		
	Invalide du 01/01/2009 au 31/12/2010	47,9110	47,91	47,9110	47,91	48,8666	48,87	49,8453	49,85		
	avec charge de famille isolés	78,4782	78,48	78,4782	78,48	80,0435	80,04	81,6466	81,65		
	cohabitants	66,4046	66,40	66,4046	66,40	67,7291	67,73	69,0856	69,09		
	- Invalide à partir du 01/01/2011	48,2943	48,29	48,2943	48,29	49,2575	49,26	50,2440	50,24		
	avec charge de famille isolés	-	-	79,0275	79,03	80,6037	80,60	82,2181	82,22		
	cohabitants	-	-	66,8694	66,87	68,2032	68,20	69,5692	69,57		
		-	-	48,6323	48,63	49,6023	49,60	50,5957	50,60		
	Minimum	Travailleur régulier									
		avec charge de famille isolés	49,2624	49,26	49,2624	49,26	50,2450	50,25	51,2513	51,25	
		cohabitants	39,4224	39,42	39,4224	39,42	40,2086	40,21	41,0140	41,01	
		Travailleur non régulier	33,8018	33,80	33,8018	33,80	34,4760	34,48	35,1665	35,17	
		avec charge de famille sans charge de famille	37,9649	37,96	37,9649	37,96	38,7221	38,72	39,4977	39,50	
			28,4737	28,47	28,4737	28,47	29,0416	29,04	29,6232	29,62	

1. Cette rubrique concerne les titulaires pour qui la période d'incapacité primaire a été suspendue en raison d'une période de maternité.
2. Cette rubrique concerne les titulaires assurés étrangers qui sont reconnus invalides avant d'avoir atteint un an d'incapacité.




**Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé - suite**

À partir du - Jusqu'au		01-09-2010	31-12-2010	01-01-2011	30-04-2011	à partir du 01-05-2011		Prochaine indexation		
Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)		112,72	1,2434	112,72	1,2434	114,97	1,2682	117,27	1,2936	
<b>I. SALARIÉS (suite)</b>										
<b>4 - Maternité, paternité &amp; adoption</b>										
Maximum début de maternité, paternité, d'adoption et d'écartement du travail	du 01/01/2007 au 31/12/2008									
	Pat. & adopt.	82,0 %	98,2175	98,22	98,2175	98,22	100,1765	100,18	102,1829	102,18
	Maternité	79,5 %	95,2231	95,22	95,2231	95,22	97,1223	97,12	99,0675	99,07
		75,0 %	89,8331	89,83	89,8331	89,83	91,6249	91,62	93,4599	93,46
	Écartement	60,0 %	71,8665	71,87	71,8665	71,87	73,2999	73,30	74,7680	74,77
	du 01/01/2009 au 31/12/2009									
	Pat. & adopt.	82,0 %	99,0032	99,00	99,0032	99,00	100,9779	100,98	103,0003	103,00
	Maternité	79,5 %	95,9848	95,98	95,9848	95,98	97,8993	97,90	99,8600	99,86
		75,0 %	90,5517	90,55	90,5517	90,55	92,3578	92,36	94,2076	94,21
	Écartement	60,0 %	72,4414	72,44	72,4414	72,44	73,8862	73,89	75,3661	75,37
	du 01/01/2010 au 31/12/2010									
	Pat. & adopt.	82,0 %	99,0032	99,00	99,0032	99,00	100,9779	100,98	103,0003	103,00
Maternité	79,5 %	95,9848	95,98	95,9848	95,98	97,8993	97,90	99,8600	99,86	
	75,0 %	90,5517	90,55	90,5517	90,55	92,3578	92,36	94,2076	94,21	
Écartement	60,0 %	72,4414	72,44	72,4414	72,44	73,8862	73,89	75,3661	75,37	
	78,237 %	94,4599	94,46	94,4599	94,46	96,3440	96,34	98,2736	98,27	
à partir du 01/01/2011										
Pat. & adopt.	82,0 %	-	-	99,6962	99,70	101,6847	101,68	103,7213	103,72	
Maternité	79,5 %	-	-	96,6567	96,66	98,5846	98,58	100,5591	100,56	
	75,0 %	-	-	91,1856	91,19	93,0043	93,00	94,8670	94,87	
Écartement	60,0 %	-	-	72,9485	72,95	74,4034	74,40	75,8936	75,89	
	78,237 %	-	-	95,1211	95,12	97,0184	97,02	98,9615	98,96	
<b>5 - Divers</b>										
	Indemnités funéraires		148,74		148,74		148,74		148,74	
	Gardiennage d'enfants (mensuel)	1 415,2398	1 415,24	1 415,2398	1 415,24	1 443,5446	1 443,54	1 472,4044	1 472,40	
	Gardiennage d'enfants (journalier)	54,4323	54,43	54,4323	54,43	55,5209	55,52	56,6309	56,63	
	Gardiennage d'enfants (salaire horaire)	8,5946	8,59	8,5946	8,59	8,7665	8,77	8,9417	8,94	
	Tranche activité autorisée	11,2652		11,2652		11,4899		11,7200		
	Prime de bien-être (incapacité <01/10/1974)		123,95		123,95		123,95		123,95	
	Prime de rattrapage (5 ans incapacité au 31/12/N-1)	76,5012	76,50	76,5012	76,50	-	-	-	-	
<b>II. INDEPENDANTS</b>										
<b>1 - Incapacité primaire</b>										
	avec charge de famille isolé	48,3895	48,39	48,3895	48,39	49,3546	49,35	50,3431	50,34	
	isolé	37,0981	37,10	37,0981	37,10	37,8380	37,84	38,5958	38,60	
	cohabitant	30,2336	30,23	30,2336	30,23	30,8367	30,84	31,4543	31,45	
<b>2 - Invalidité</b>										
	n'ayant pas mis fin à leur entreprise									
	avec charge de famille isolé	48,3895	48,39	48,3895	48,39	49,3546	49,35	50,3431	50,34	
	isolé	37,0981	37,10	37,0981	37,10	37,8380	37,84	38,5958	38,60	
	cohabitant	30,2336	30,23	30,2336	30,23	30,8367	30,84	31,4543	31,45	
	ayant mis fin à leur entreprise									
	avec charge de famille isolé	49,2624	49,26	49,2624	49,26	50,2450	50,25	51,2513	51,25	
	isolé	39,4224	39,42	39,4224	39,42	40,2086	40,21	41,0140	41,01	
	cohabitant	33,8018	33,80	33,8018	33,80	34,4760	34,48	35,1665	35,17	
<b>3 - Indemnité de maternité &amp; d'adoption</b>										
	Indemnité hebdomadaire		383,24		383,24		390,88		398,71	
<b>4 - Revenu professionnel annuel - art.28 bis</b>										
	À partir des revenus professionnels 2008		17 149,19		17 149,19		17 149,19		17 149,19	
<b>III. REVENU AUTORISÉ DES PERSONNES À CHARGE</b>										
	plafond statut avec charge	821,1713	821,17	821,1713	821,17	837,5498	837,55	854,3246	854,32	
	plafond statut isolés (revenus de remplacement)	948,6152	948,62	948,6152	948,62	967,5357	967,54	986,9138	986,91	
	plafond statut isolés (revenus professionnels)	1 415,2398	1 415,24	1 415,2398	1 415,24	1 443,5446	1 443,54	1 472,4044	1 472,40	
<b>IV. ALLOCATION FORFAITAIRE POUR AIDE DE TIERCE PERSONNE</b>										
		12,9893	12,99	12,9893	12,99	13,2484	13,25	13,5137	13,51	
<b>V. RETENUE DE 3,5 % SUR LES INDEMNITÉS D'INVALIDITÉS</b>										
<b>1 - Plancher journalier</b>										
	avec charge de famille		54,06		54,06		55,14		56,24	
	sans charge de famille		44,88		44,88		45,78		46,69	
<b>2 - Retenue partielle sur les montants</b>										
	avec charge de famille entre et		54,07		54,07		55,15		56,25	
	sans charge de famille entre et		56,01		56,01		57,13		58,27	
	avec charge de famille entre et		44,89		44,89		45,79		46,70	
	sans charge de famille entre et		46,50		46,50		47,43		48,37	
<b>3 - Retenue intégrale à partir de</b>										
	avec charge de famille		56,02		56,02		57,14		58,28	
	sans charge de famille		46,51		46,51		47,44		48,38	
<b>VI. INDEMNITÉS MAXIMUM PERCUES DANS LE CADRE DU VOLONTARIAT</b>										
	Montant journalier	30,2190	30,22	30,8239	30,82	30,8239	30,82	31,4387	31,44	
	Montant annuel	1 208,7238	1 208,72	1 232,9181	1 232,98	1 232,9181	1 232,92	1 257,5091	1 257,51	
<b>VII. PRIME DE RATTRAPAGE (1 an d'incapacité au 31/12/N-1)</b>										
		-	-	-	-	200,0000	200,00	204,0056	204,01	



## II. Tarifs et remboursements des prestations de santé

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> mai et le 31 juillet 2011.

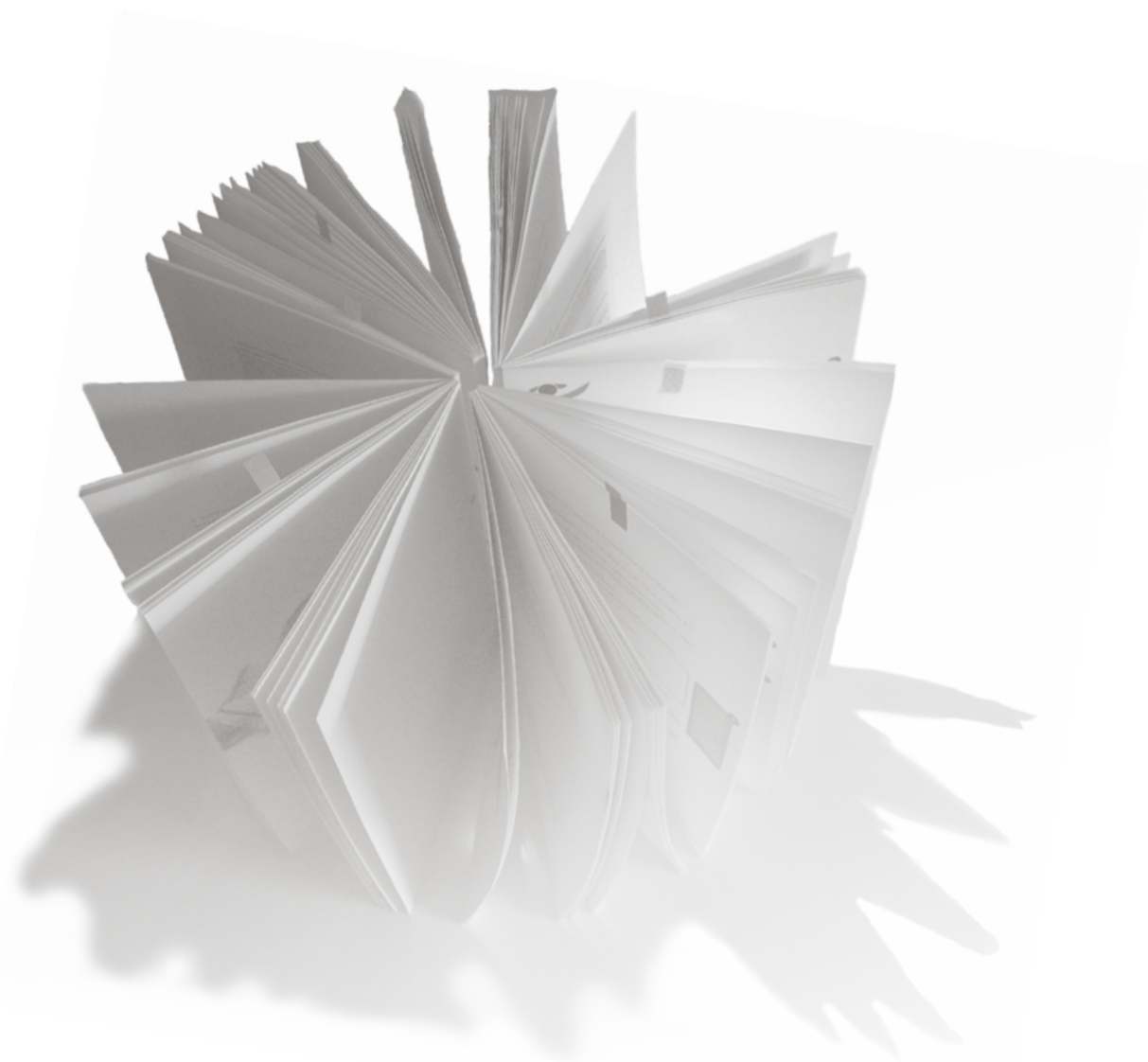
 Pour le détail, nous nous permettons de renvoyer le lecteur aux tableaux consultables sur le site internet de l'INAMI ([www.inami.be](http://www.inami.be), rubrique "Organismes assureurs" > Taux des honoraires, des prix et des remboursements).

Évolution des honoraires et des interventions de l'assurance pour les prestations des dispensateurs de soins		
		N° Circulaire O.A.
Médecins	<b>Prestations médicales</b> <b>À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011</b>  Suite à l'arrêté royal du 14 mars 2011 (M.B. du 28.03.2011), la valeur relative de la prestation 532770-532781 est portée de K 32 à K 60 dans le tableau "K. Dermato-vénéréologie".  En application du point 4.4.3. de l'Accord National Médico-Mutualiste et suite à la décision de la Commission Nationale Médico-Mutualiste du 18 avril 2011, les prestations techniques sont indexées de 1,40 % en date du 1 <sup>er</sup> mai 2011	2011/163
	<b>À partir du 1<sup>er</sup> juin 2011</b>  En application de la mesure structurelle N11/15 de l'Accord National Medico-Mutualiste 2011, le Comité de l'assurance a approuvé, en sa séance du 23 mai 2011, la proposition de diminution linéaire des remboursements pour les prestations de l'article 18, § 1 A. d'une part, et pour les prestations de l'article 18, § 2 A. b) et B). a) jusque et y compris d) <i>quater</i> , d'autre part. Les prix et interventions AMI des prestations reprises dans les tableaux "I. Radiothérapie et radiumthérapie" sont adaptés en ce sens.	2011/214
	<b>Imagerie médicale</b> <b>À partir du 1<sup>er</sup> juin 2011</b>  Suite aux arrêtés royaux du 5 avril 2011 (M.B. du 21.04.2011), les prestations 458570-458581, 458592-458603 et 458452-458463 ont été ajoutées dans le tableau "A 11° Tomographie par ordinateur" et la prestation 458592-458603 a été ajoutée dans le tableau "Honoraires pour les prestations effectuées chez des enfants de moins de 5 ans".	2010/212

<b>Évolution des honoraires et des interventions de l'assurance pour les prestations des dispensateurs de soins</b>		
		<b>N° de Circulaire O.A.</b>
	<p><b>A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011</b></p> <p>Conformément au point 4.7.1 de l'Accord National Médico-Mutualiste 2011 du 13 décembre 2010, la Commission Nationale Médico-Mutualiste a décidé, en sa réunion du 4 juillet 2011, d'indexer linéairement les tarifs d'imagerie médicale de 0,93 % à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011</p>	<b>2011/287</b>
	<p><b>Biologie clinique</b> <b>À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011</b></p> <p>Suite à l'arrêté royal du 18 mars 2011 (M.B. du 30.03.2011), la prestation 589713-589724 est insérée dans le tableau "VI. Article 33 <i>bis</i> de la nomenclature".</p> <p>Conformément au point 4.4.3. de l'Accord National Médico-Mutualiste 2011 du 13 décembre 2010 suite à la décision de la Commission Nationale Médico-Mutualiste du 18 avril 2011, les tarifs de biologie clinique sont indexés de 1,40 % en date du 1<sup>er</sup> mai 2011</p>	<b>2011/164</b>
	<p><b>Médecine physique et réadaptation</b> <b>À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011</b></p> <p>En application du point 4.4.3. de l'Accord National Médico-Mutualiste et suite à la décision de la Commission Nationale Médico-Mutualiste du 18 avril 2011, les prestations techniques sont indexées de 1,40 % en date du 1<sup>er</sup> mai 2011.</p>	<b>2011/288</b>
<b>Matériel corporel humain</b>	<p><b>À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011</b></p> <p>Suite à l'arrêté royal du 5 avril 2011 (M.B. du 15.04.2011), les tarifs sont adaptés.</p>	<b>2011/166</b>
<b>Praticiens de l'art dentaire</b>	<p><b>À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011</b></p> <p>Suite aux arrêtés royaux du 14 avril 2011 (M.B. du 26.04.2011), les libellés des rubriques "2. a) Traitements préventifs" et "3. b) et c) Parodontologie" de l'article 5, § 2, de la nomenclature sont modifiés.</p> <p>En outre, le ticket modérateur de la prestation 301372-301383 est fixé à 15,50 EUR pour les bénéficiaires sans régime préférentiel.</p>	<b>2011/173</b>
<b>Implants</b>	<p><b>Art. 28</b> <b>À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011</b></p> <p>Suite à l'arrêté royal du 28 avril 2011 (M.B. du 16.05.2011), les tarifs pour les prestations de l'article 28, § 1 sont modifiés.</p> <p><b>Art. 35 &amp; 35bis</b> <b>À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011</b></p> <p>Suite à l'arrêté royal du 28 avril 2011 (M.B. du 16.05.2011), les tarifs pour les prestations des articles 35 et 35bis sont modifiés.</p>	<b>2011/255</b>  <b>2011/320</b>
<b>Forfaits</b>	<p><b>À partir du 1<sup>er</sup> mai 2011</b></p> <p>Suite au nouvel indice pivot (114,97), les tarifs pour les forfaits sont modifiés.</p>	<b>2011/199</b>

# 7<sup>e</sup> Partie

## Statistiques



## Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1<sup>er</sup> trimestre 2011

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2009 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	273.090	564.702	869.736	1.198.372	
b) Imagerie médicale	251.845	530.451	792.676	1.073.158	
c) Consultations, visites et avis	446.465	861.833	1.269.914	1.714.677	
d) Prestations spéciales	285.164	570.416	848.951	1.142.193	
e) Chirurgie	246.728	502.232	740.974	998.898	
f) Gynécologie	21.906	44.510	67.117	90.146	
g) Surveillance	85.257	172.346	256.994	343.449	
h) Forfait accréditation médecins	4.172	8.554	10.298	15.615	
i) Forfait dossier médical	1.237	1.237	1.237	1.237	
j) Forfait télématique	5	5.645	5.971	5.980	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	0	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	4.766	13.251	24.867	35.646	
m) Fonds d'impulsion	1.709	4.153	7.183	8.848	
n) Soutien de la pratique médecine générale	0	399	801	9.430	
<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 I : 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
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	99.730

<b>Tableau I : 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>
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 II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	304.908	603.020	878.112	1.163.106	
b) Imagerie médicale	267.741	544.272	796.850	1.069.431	
c) Consultations, visites et avis	456.253	877.458	1.296.696	1.713.184	
d) Prestations spéciales	292.833	587.061	869.616	1.172.884	
e) Chirurgie	256.342	513.076	763.093	1.030.698	
f) Gynécologie	22.204	44.331	66.697	90.437	
g) Surveillance	91.009	178.704	266.480	356.260	
h) Forfait accréditation médecins	2.858	2.859	8.700	14.072	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	8	6.164	6.329	6.372	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	0	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	13.713	19.509	22.639	29.899	
m) Fonds d'impulsion	1.321	3.506	5.289	7.657	
n) Soutien de la pratique médecine générale	961	1.449	1.642	11.920	
<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	256.927	523.705	787.359	1.056.015	1.083.653
5. Frais spécifiques services soins à domicile	9.270	9.270	18.599	18.656	18.785
6. Soins par kinésithérapeutes	149.790	301.245	436.601	580.007	574.036
7. Soins par bandagistes	54.171	114.470	174.272	237.662	232.300
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	128.470	254.736	380.667	516.489	638.106
10. Soins par opticiens	6.116	12.077	17.434	22.834	29.729
11. Soins par audiciens	11.438	21.824	32.767	43.539	40.400
12. Accouchements par accoucheuses	3.426	6.970	10.582	14.364	14.490
13. Prix de la journée d'entretien	1.122.717	2.265.839	3.428.615	4.626.531	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	47.763	97.457	146.981	200.764	
Transport	0	0	0	0	
<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 II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	268.022	519.429	777.536	1.045.277	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	215.012	417.858	626.811	846.297	
c) Centres de soins de jour	3.457	6.788	10.250	13.843	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.242	149.678	215.801	281.847	
e) Prime syndicale	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	189	189	10.983	13.012	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	542	542	
<b>Total</b>	<b>572.217</b>	<b>1.096.237</b>	<b>1.644.218</b>	<b>2.203.113</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 II : 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. Maladies rares	0	0	0	0	0
45. Accord social	0	0	0	0	0
46. Divers	414	1.873	2.289	9.789	59.619
- Affectation fonds d'avenir					294.189
- Initiatives 2010 BMF					33.859
- Contributions sécurité sociale équilibre					350.000
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>678.048</b>
<b>Total général</b>	<b>5.743.071</b>	<b>11.365.173</b>	<b>16.928.056</b>	<b>22.823.605</b>	<b>24.249.164</b>

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	282.198				
b) Imagerie médicale	265.925				
c) Consultations, visites et avis	481.137				
d) Prestations spéciales	295.200				
e) Chirurgie	267.290				
f) Gynécologie	22.858				
g) Surveillance	91.284				
h) Forfait accréditation médecins	3.180				
i) Forfait dossier médical	0				
j) Forfait télématique	46				
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	4.924				
m) Fonds d'impulsion	906				
n) Soutien de la pratique médecine générale	430				
<b>Total médecins</b>	<b>1.715.378</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7.113.974</b>
2. a) Honoraires dentaires	198.154				797.272
b) Forfait accréditation	7				13.198
<b>Total dentistes</b>	<b>198.161</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>810.470</b>
3. Prestations pharmaceutiques	1.091.498				4.292.935
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	269.534				1.123.367
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.639				20.006
6. Soins par kinésithérapeutes	159.486				585.715
7. Soins par bandagistes	58.879				261.062
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	137.405				673.745
10. Soins par opticiens	6.589				30.085
11. Soins par audiciens	11.962				45.988
12. Accouchements par accoucheuses	3.846				15.737
13. Prix de la journée d'entretien	1.216.571				5.108.529
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	51.959				213.069
Transport	0				238
<b>Total</b>	<b>1.268.530</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5.321.836</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.278				7.667
15. Dialyse					
a) Médecins	35.638				149.630
b) Forfait dialyse rénale	32.692				140.214
c) A domicile, dans un centre	25.795				106.447
d) Dialyse de nuit	0				0
<b>Total dialyse</b>	<b>94.125</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>396.291</b>

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	296.122				
b) Maisons de repos pour personnes âgées	220.883				
c) Centres de soins de jour	3.773				
d) Harmonisation salariale personnel MRS	76.257				
e) Prime syndicale	2.341				
f) Renouvellements de soins (art. 56)	5.048				
g) Centres de jour palliatifs	0				
<b>Total</b>	<b>604.424</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.345.252</b>
17. Fin de carrière	34.469				97.155
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	22.934				106.095
b) Initiatives d'habitation protégée	9.268				39.674
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	590				2.634
<b>Total</b>	<b>32.792</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>148.403</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	115.340				552.112
20. Fond Spécial	5.367				17.643
21. Logopédie	19.587				72.903
22. Centres médicaux-pédiatriques	0				0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.597				25.904
24. Régularisations + Refacturation	-40.299				-71.017
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	125.352				379.760
b) MAF fiscal	0				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>125.352</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>379.760</b>
26. Patients chroniques	20.769				110.175
27. Soins palliatifs	3.567				12.422
28. Soins palliatifs (patient)	3.254				20.092
29. Matériel corporel humain	1.207				8.980
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes	121				526
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	127				568
b) COMA	119				783
c) Projets thérapeutiques	134				1.335
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>380</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.686</b>
32. Internés	4.889				32.620
33. Sevrage tabac	224				2.535
34. Circuit de soins psychiatriques	58				3.828

<b>Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR) - suite</b>					
<b>Libellé</b>	<b>2011.1</b>	<b>2011.2</b>	<b>2011.3</b>	<b>2011.4</b>	<b>Objectif</b>
35. Provision de stabilité	0				50.000
36. Fonds assuétudes	3.000				3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0				0
38. Maisons médicales	19.498				82.572
39. SM/SLA/Huntington	1.408				8.563
40. Patients chroniques extra	0				12.864
41. Trajets de soins	0				4.581
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0				0
43. Fonds d'indemnisation	0				12.507
44. Maladies rares	0				2.964
45. Accord social	0				50.000
46. Divers	1.297				32.821
- Affectation fonds d'avenir					0
- Initiatives 2010 BMF					0
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					55.147
- Contributions sécurité sociale équilibre					1.093.460
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.148.607</b>
<b>Total général</b>	<b>5.992.611</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>25.869.336</b>

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2009 - 2010 en %				
Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	11,7	6,8	1,0	-2,9
b) Imagerie médicale	6,3	2,6	0,5	-0,3
c) Consultations, visites et avis	6,8	6,1	6,2	7,5
d) Prestations spéciales	2,7	2,9	2,4	2,7
e) Chirurgie	3,9	2,2	3,0	3,2
f) Gynécologie	1,4	-0,4	-0,6	0,3
g) Surveillance	6,7	3,7	3,7	3,7
h) Forfait accréditation médecins	-31,5	-66,6	-15,5	-9,9
i) Forfait dossier médical	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
j) Forfait télématique	60,0	9,2	6,0	6,6
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	187,7	47,2	-9,0	-16,1
m) Fonds d'impulsion	-22,7	-15,6	-26,4	-13,5
n) Soutien de la pratique médecine générale	0,0	263,2	105,0	26,4
<b>Total médecins</b>	<b>6,1</b>	<b>6,6</b>	<b>6,9</b>	<b>8,2</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	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Frais spécifiques services soins à domicile	11,6	11,6	6,7	7,0
6. Soins par kinésithérapeutes	9,9	10,3	8,8	9,1
7. Soins par bandagistes	6,7	9,1	9,9	7,7
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	5,3	3,9	5,9	6,2
10. Soins par opticiens	1,2	2,5	2,4	1,1
11. Soins par audiciens	22,4	16,3	13,1	11,9
12. Accouchements par accoucheuses	7,9	9,9	7,7	7,2
13. Prix de la journée d'entretien	-0,7	-0,2	1,2	2,7
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	1,0	1,4	2,1	2,6
<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
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>

<b>Tableau IV : 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>
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	14,9	11,7	11,0	10,6
b) Maisons de repos pour personnes âgées	3,3	1,0	0,6	1,1
c) Centres de soins de jour	11,8	12,7	10,0	8,4
d) Harmonisation salariale personnel MRS	2,2	5,1	6,1	6,6
e) Prime syndicale	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0,0	21,2	6.940,4	6.642,0
g) Centres de jour palliatifs	0,0	0,0	0,0	0,0
<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
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>

<b>Tableau IV : 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>
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>3,7</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>



Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en %				
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-7,4	-100,0	-100,0	-100,0
b) Imagerie médicale	-0,7	-100,0	-100,0	-100,0
c) Consultations, visites et avis	5,5	-100,0	-100,0	-100,0
d) Prestations spéciales	0,8	-100,0	-100,0	-100,0
e) Chirurgie	4,3	-100,0	-100,0	-100,0
f) Gynécologie	2,9	-100,0	-100,0	-100,0
g) Surveillance	0,3	-100,0	-100,0	-100,0
h) Forfait accréditation médecins	11,3	-100,0	-100,0	-100,0
i) Forfait dossier médical	0,0	0,0	0,0	0,0
j) Forfait télématique	475,0	-100,0	-100,0	-100,0
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	-64,1	-100,0	-100,0	-100,0
m) Fonds d'impulsion	-31,4	-100,0	-100,0	-100,0
n) Soutien de la pratique médecine générale	-55,3	-100,0	-100,0	-100,0
<b>Total médecins</b>	<b>0,3</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>
2. a) Honoraires dentaires	3,9	-100,0	-100,0	-100,0
b) Forfait accréditation	0,0	-100,0	-100,0	-100,0
<b>Total dentistes</b>	<b>3,9</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>
3. Prestations pharmaceutiques	4,0	-100,0	-100,0	-100,0
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	4,9	-100,0	-100,0	-100,0
5. Frais spécifiques services soins à domicile	14,8	-100,0	-100,0	-100,0
6. Soins par kinésithérapeutes	6,5	-100,0	-100,0	-100,0
7. Soins par bandagistes	8,7	-100,0	-100,0	-100,0
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	7,0	-100,0	-100,0	-100,0
10. Soins par opticiens	7,7	-100,0	-100,0	-100,0
11. Soins par audiciens	4,6	-100,0	-100,0	-100,0
12. Accouchements par accoucheuses	12,3	-100,0	-100,0	-100,0
13. Prix de la journée d'entretien	8,4	-100,0	-100,0	-100,0
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	8,8	-100,0	-100,0	-100,0
Transport	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
<b>Total</b>	<b>8,4</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	64,2	-100,0	-100,0	-100,0

<b>Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en % - suite</b>				
<b>Libellé</b>	<b>2011.1</b>	<b>2011.2</b>	<b>2011.3</b>	<b>2011.4</b>
	<b>2010.1</b>	<b>2010.2</b>	<b>2010.3</b>	<b>2010.4</b>
15. Dialyse				
a) Médecins	3,4	-100,0	-100,0	-100,0
b) Forfait dialyse rénale	2,5	-100,0	-100,0	-100,0
c) A domicile, dans un centre	2,2	-100,0	-100,0	-100,0
d) Dialyse de nuit	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total dialyse</b>	<b>2,8</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	10,5	-100,0	-100,0	-100,0
b) Maisons de repos pour personnes âgées	2,7	-100,0	-100,0	-100,0
c) Centres de soins de jour	9,1	-100,0	-100,0	-100,0
d) Harmonisation salariale personnel MRS	-8,4	-100,0	-100,0	-100,0
e) Prime syndicale	2,0	-100,0	-100,0	-100,0
f) Renouvellements de soins (art. 56)	2.570,9	-100,0	-100,0	-100,0
g) Centres de jour palliatifs	0,0	0,0	-100,0	-100,0
<b>Total</b>	<b>5,6</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>
17. Fin de carrière	-1,2	-100,0	-100,0	-100,0
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	5,8	-100,0	-100,0	-100,0
b) Initiatives d'habitation protégée	-2,2	-100,0	-100,0	-100,0
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	7,3	-100,0	-100,0	-100,0
<b>Total</b>	<b>3,4</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	2,0	-100,0	-100,0	-100,0
20. Fond Spécial	33,4	-100,0	-100,0	-100,0
21. Logopédie	8,3	-100,0	-100,0	-100,0
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0	0,0	0,0	0,0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	23,2	-100,0	-100,0	-100,0
24. Régularisations + Refacturation	-18,7	-100,0	-100,0	-100,0
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	3,7	-100,0	-100,0	-100,0
b) MAF fiscal	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>3,7</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>
26. Patients chroniques	0,8	-100,0	-100,0	-100,0
27. Soins palliatifs	3,4	-100,0	-100,0	-100,0

<b>Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en % - suite</b>				
<b>Libellé</b>	<b>2011.1</b>	<b>2011.2</b>	<b>2011.3</b>	<b>2011.4</b>
	<b>2010.1</b>	<b>2010.2</b>	<b>2010.3</b>	<b>2010.4</b>
28. Soins palliatifs (patient)	4,4	-100,0	-100,0	-100,0
29. Matériel corporel humain	-15,9	-100,0	-100,0	-100,0
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes	-5,5	-100,0	-100,0	-100,0
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	49,4	-100,0	-100,0	-100,0
b) COMA	0,8	-100,0	-100,0	-100,0
c) Projets thérapeutiques	15,5	-100,0	-100,0	-100,0
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>19,1</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>
32. Internés	-44,9	-100,0	-100,0	-100,0
33. Sevrage tabac	89,8	-100,0	-100,0	-100,0
34. Circuit de soins psychiatriques	0,0	-100,0	-100,0	-100,0
35. Provision de stabilité	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds assuétudes	109,6	-100,0	-100,0	-100,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Maisons médicales	11,4	-100,0	-100,0	-100,0
39. SM/SLA/Huntington	29,8	-100,0	-100,0	-100,0
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. Maladies rares	0,0			
45. Accord social	0,0			
46. Divers	213,3	-100,0	-100,0	-100,0
<b>Total général</b>	<b>4,3</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>	<b>-100,0</b>

<b>Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2011 dans l'objectif 2011</b>				
<b>Libellé</b>	<b>2011.1</b>	<b>2011.2</b>	<b>2011.3</b>	<b>2011.4</b>
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>24,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
2. a) Honoraires dentaires	24,9	0,0	0,0	0,0
b) Forfait accréditation	0,1	0,0	0,0	0,0
<b>Total dentistes</b>	<b>24,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
3. Prestations pharmaceutiques	25,4	0,0	0,0	0,0
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	24,0	0,0	0,0	0,0
5. Frais spécifiques services soins à domicile	53,2	0,0	0,0	0,0
6. Soins par kinésithérapeutes	27,2	0,0	0,0	0,0
7. Soins par bandagistes	22,6	0,0	0,0	0,0
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	20,4	0,0	0,0	0,0
10. Soins par opticiens	21,9	0,0	0,0	0,0
11. Soins par audiciens	26,0	0,0	0,0	0,0
12. Accouchements par accoucheuses	24,4	0,0	0,0	0,0
13. Prix de la journée d'entretien	23,8	0,0	0,0	0,0
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	24,4	0,0	0,0	0,0
Transport	0,0			
<b>Total</b>	<b>23,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	29,7	0,0	0,0	0,0

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2011 dans l'objectif 2011 - suite				
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
15. Dialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
a) Médecins	23,8	0,0	0,0	0,0
b) Forfait dialyse rénale	23,3	0,0	0,0	0,0
c) A domicile, dans un centre	24,2	0,0	0,0	0,0
d) Dialyse de nuit	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total dialyse</b>	<b>23,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</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>25,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
17. Fin de carrière	35,5	0,0	0,0	0,0
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	21,6	0,0	0,0	0,0
b) Initiatives d'habitation protégée	23,4	0,0	0,0	0,0
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	22,4	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>22,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	20,9	0,0	0,0	0,0
20. Fond Spécial	30,4	0,0	0,0	0,0
21. Logopédie	26,9	0,0	0,0	0,0
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0	0,0	0,0	0,0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	29,3	0,0	0,0	0,0
24. Régularisations + Refacturation	56,7	0,0	0,0	0,0
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	33,0	0,0	0,0	0,0
b) MAF fiscal	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>33,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
26. Patients chroniques	18,9	0,0	0,0	0,0
27. Soins palliatifs	28,7	0,0	0,0	0,0
28. Soins palliatifs (patient)	16,2	0,0	0,0	0,0
29. Matériel corporel humain	13,4	0,0	0,0	0,0

<b>Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumu ées de 2011 dans l'objectif 2011 - suite</b>				
<b>Libellé</b>	<b>2011.1</b>	<b>2011.2</b>	<b>2011.3</b>	<b>2011.4</b>
30. Equipes multidisciplinaires voitures	23,0	0,0	0,0	0,0
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	22,4	0,0	0,0	0,0
b) COMA	15,2	0,0	0,0	0,0
c) Projets thérapeutiques	10,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>14,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
32. Internés	15,0	0,0	0,0	0,0
33. Sevrage tabac	8,8	0,0	0,0	0,0
34. Circuit de soins psychiatriques	1,5	0,0	0,0	0,0
35. Provision de stabilité	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds assuétudes	100,0	0,0	0,0	0,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Maisons médicales	23,6	0,0	0,0	0,0
39. SM/SLA/Huntington	16,4	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. Maladies rares	0,0			
45. Accord social	0,0			
46. Divers	4,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total général</b>	<b>23,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

**Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs**

Libellé	Juin 2010 (1)	Septembre 2010 (2)	Décembre 2010 (3)	Mars 2011 (4)
<b>1. Honoraires médicaux</b>				
a) Biologie clinique	12,06	6,14	-2,94	-7,30
b) Imagerie médicale	5,10	2,82	-0,35	-1,97
c) Consultations, visites et avis	5,20	4,29	-0,09	0,79
d) Prestations spéciales	4,60	3,92	2,69	2,21
e) Chirurgie	4,05	4,38	3,18	3,29
f) Gynécologie	4,05	1,88	0,32	0,72
g) Surveillance	8,28	6,22	3,73	2,10
h) Forfait accréditation médecins	-35,31	-0,09	-9,88	0,65
i) Forfait dossier médical	-100,00	-100,00	-100,00	
j) Forfait télématique	14,22	6,04	6,56	7,14
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	33,18	-21,25	-16,12	-52,66
m) Fonds d'impulsion	48,97	-13,42	-13,46	-14,40
n) Soutien de la pratique médecine générale	22,06	14,27	26,41	9,60
<b>Total médecins</b>	<b>6,33</b>	<b>4,19</b>	<b>0,43</b>	<b>-0,81</b>
<b>2. a) Honoraires dentaires</b>	<b>6,75</b>	<b>5,22</b>	<b>2,99</b>	<b>2,86</b>
b) Forfait accréditation	5,63	3,00	7,53	7,48
<b>Total dentistes</b>	<b>6,74</b>	<b>5,18</b>	<b>3,05</b>	<b>2,93</b>
<b>3. Prestations pharmaceutiques</b>	<b>1,91</b>	<b>2,78</b>	<b>3,14</b>	<b>4,09</b>
<b>4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier</b>	<b>8,38</b>	<b>6,03</b>	<b>6,40</b>	<b>5,55</b>
<b>5. Frais spécifiques services soins à domicile</b>	<b>58,60</b>	<b>6,68</b>	<b>7,02</b>	<b>8,86</b>
<b>6. Soins par kinésithérapeutes</b>	<b>7,44</b>	<b>7,33</b>	<b>5,64</b>	<b>5,26</b>
<b>7. Soins par bandagistes</b>	<b>11,60</b>	<b>11,46</b>	<b>11,19</b>	<b>10,74</b>
<b>8. Soins par orthopédistes</b>	<b>7,92</b>	<b>8,88</b>	<b>5,23</b>	<b>6,36</b>
<b>9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables</b>	<b>3,45</b>	<b>5,68</b>	<b>6,24</b>	<b>6,67</b>
<b>10. Soins par opticiens</b>	<b>13,78</b>	<b>5,18</b>	<b>1,10</b>	<b>2,87</b>
<b>11. Soins par audiciens</b>	<b>22,12</b>	<b>13,65</b>	<b>11,91</b>	<b>7,49</b>
<b>12. Accouchements par accoucheuses</b>	<b>11,96</b>	<b>9,81</b>	<b>7,19</b>	<b>8,28</b>
<b>13. Prix de la journée d'entretien</b>	<b>1,24</b>	<b>0,67</b>	<b>2,69</b>	<b>4,95</b>
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	6,09	5,27	2,61	4,49
Transport				
<b>Total</b>	<b>1,44</b>	<b>0,86</b>	<b>2,68</b>	<b>4,93</b>

(1) Juin 2010 = (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009) / (6 premiers mois 2009 + 6 derniers mois 2008)  
(2) Septembre 2010 = (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009) / (9 premiers mois 2009 + 3 derniers mois 2008)  
(3) Décembre 2010 = (12 mois 2010) / (12 mois 2009)  
(4) Mars 2011 = (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) / (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009)

**Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite**

Libellé	Juin 2010 (1)	Septembre 2010 (2)	Décembre 2010 (3)	Mars 2011 (4)
14. Hôpital militaire - prix all-in	-27,75	-0,71	-19,69	-13,03
15. Dialyse				
a) Médecins	5,03	3,39	2,77	2,71
b) Forfait dialyse rénale	4,29	2,58	1,84	1,75
c) A domicile, dans un centre	9,70	5,47	5,15	4,05
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>6,01</b>	<b>3,66</b>	<b>3,08</b>	<b>2,74</b>
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	12,39	11,37	10,56	9,50
b) Maisons de repos pour personnes âgées	1,42	0,69	1,06	0,94
c) Centres de soins de jour	14,45	11,45	8,39	7,78
d) Harmonisation salariale personnel MRS	-21,26	-9,85	6,64	3,30
e) Prime syndicale	0,00	0,00	0,00	2,00
f) Renouvellements de soins (art. 56)	44,87	6.964,10	6.641,97	4.578,27
g) Centres de jour palliatifs	-100,00			
<b>Total</b>	<b>2,42</b>	<b>4,47</b>	<b>6,82</b>	<b>6,12</b>
17. Fin de carrière	18,03	17,44	16,49	8,70
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	4,32	2,37	1,15	2,30
b) Initiatives d'habitation protégée	4,86	4,54	2,05	-0,43
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	13,75	11,61	13,14	10,86
<b>Total</b>	<b>4,63</b>	<b>3,14</b>	<b>1,60</b>	<b>1,64</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	7,03	7,14	6,35	5,46
20. Fond Spécial	53,79	79,94	68,77	82,85
21. Logopédie	10,35	9,49	7,64	7,40
22. Centres médicaux-pédiatriques	-100,00	-100,00	-100,00	
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	73,46	59,18	39,32	27,86
24. Régularisations + Refacturation	30,89	29,50	20,10	-18,32
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	21,41	16,52	6,78	-0,68
b) MAF fiscal	-49,50	-83,72	-100,00	-100,00
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>21,74</b>	<b>17,01</b>	<b>7,27</b>	<b>-0,37</b>

(1) Juin 2010 = (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009) / (6 premiers mois 2009 + 6 derniers mois 2008)  
(2) Septembre 2010 = (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009) / (9 premiers mois 2009 + 3 derniers mois 2008)  
(3) Décembre 2010 = (12 mois 2010) / (12 mois 2009)  
(4) Mars 2011 = (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) / (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009)



**Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite**

Libellé	Jun 2010 (1)	Septembre 2010 (2)	Décembre 2010 (3)	Mars 2011 (4)
26. Patients chroniques	3,66	6,53	6,41	2,32
27. Soins palliatifs	2,21	5,79	3,07	3,17
28. Soins palliatifs (patient)	14,16	9,59	5,07	3,48
29. Matériel corporel humain	-7,95	9,86	-3,60	-4,09
30. Equipes multidisciplinaires voitures	23,06	24,94	10,92	4,50
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-6,05	-9,37	-8,98	11,81
b) COMA	7,58	10,75	-1,62	-2,61
c) Projets thérapeutiques	-18,73	-14,57	-29,37	-15,16
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>-7,78</b>	<b>-5,84</b>	<b>-16,34</b>	<b>-4,69</b>
32. Internés	52,66	16,41	37,45	-8,16
33. Sevrage tabac	16.050,00	15.733,33	1.122,00	329,34
34. Circuit de soins psychiatriques	-30,82	-12,25	-3,08	5,40
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	22,53	1.370,94	343,79	116,85
37. Montants de rattrapage hôpitaux	-100,00	-100,00		
38. Maisons médicales				
39. SM/SLA/Huntington	150,53	140,01	78,92	37,90
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social				
46. Divers	-43,63	91,01	31,89	59,45
<b>Total général</b>	<b>4,09</b>	<b>3,50</b>	<b>3,16</b>	<b>3,33</b>

(1) Juin 2010 = (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009) / (6 premiers mois 2009 + 6 derniers mois 2008)

(2) Septembre 2010 = (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009) / (9 premiers mois 2009 + 3 derniers mois 2008)

(3) Décembre 2010 = (12 mois 2010) / (12 mois 2009)

(4) Mars 2011 = (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) / (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009)