


Sommaire

	Aperçu des résultats de l'enquête 2011	408
1 ^{re}	Partie - Études ¹	411
	L'accréditation, par M.-F. Van Impe	412
2 ^e	Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	441
	3 ^e trimestre 2011	442
3 ^e	Partie - Jurisprudence	453
	I. Cour du travail de Mons, 1 ^{er} février 2012 Code civil, article 1315 et Code judiciaire article 870 - Charge de la preuve Code civil, article 1382 - Responsabilité civile de l'administration dans le cadre de l'accomplissement de ses missions légales	454
	II. Cour du travail de Bruxelles, 5 janvier 2012 Code judiciaire, article 772 - Réouverture des débats Article 191, 1 ^{er} , 15 ^o alinéa <i>quater</i> , et 15 ^o alinéa <i>quinquies</i> - Cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques Article 107 du Traité sur l'Union européenne - Aide d'État interdite	461
	III. Cour du travail de Bruxelles, 5 janvier 2012 Loi-programme du 2 janvier 2001, articles 57 à 59 - Interventions financières prévues par l'arrêté royal du 1 ^{er} octobre 2002	470
	IV. Cour du travail d'Anvers, section d'Hasselt, 19 janvier 2012 Arrêté royal du 3 juillet 1996, articles 142, § 2, et 144 - Convention de rééducation concernant les défibrillateurs cardiaques implantables - Délai d'introduction de la demande d'intervention	477
	V. Cour du travail de Liège, 23 janvier 2012 Code Judiciaire, article 972 - Expertise - Opportunité	481

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

VI. Cour du travail de Gand, section de Bruges, 13 janvier 2012 Article 100 de la loi coordonnée - Décision de fin d'incapacité de travail - Obligation de motivation Code judiciaire, article 1068 - Appel - Autonomie des parties	483
VII. Tribunal du travail de Bruxelles, 13 janvier 2012 MRPA - A.R. du 17 août 2007 - Rétroactivité - Affaires courantes - Responsabilité de l'administration	486

4^e Partie - Questions et réponses parlementaires 493

I. Traitement de sevrage tabagique Remboursements forfaitaires	494
II. eHealth Échange de données relatives à la santé - Projet hub et metahub - État de la question	496
III. Hospitalisation et soins palliatifs Évolution des coûts par région	498

5^e Partie - Données de base 501

I. Cotisations personnelles à payer par certains titulaires à partir du 1 ^{er} janvier 2012	502
II. Statut BIM - Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1 ^{er} , 5 ^o et 6 ^o) à partir du 1 ^{er} janvier 2012	503
III. Intervention personnelle du patient en cas d'hospitalisation : Montants à partir du 1 ^{er} janvier 2012	504
IV. Maximum à facturer - Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2012	506
V. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3 ^e al. de l'A.R. du 03.07.1996) - Résidents, indexation et moyenne annuelle	506
VI. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus	508
VII. Adaptation des montants maxima des indemnités perçues dans le cadre du volontariat - Modification des tranches de revenus prises en compte dans le cadre d'une reprise de travail autorisée par le médecin-conseil - Modification du tableau III : salaire minimum pour employés catégorie I, fixé par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE)	509

6 ^e Partie - Statistiques	515
I. Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 3 ^e trimestre 2011	516
II. Évolution du nombre de dispensateurs de soins	537
7 ^e Partie - Bibliographie	539
Vade-mecum des données financières et statistiques de la protection sociale en Belgique - Édition 2012	540
8 ^e Partie - Prix des publications	541
Publications de l'INAMI et tarifs pour 2012	542
Sommaire de l'année 2011	547

Enquête 2011 Bulletin d'information – Aperçu des résultats

Nous remercions tout ceux qui ont répondu à l'enquête sur le Bulletin d'information !

Vous trouvez ci-dessous quelques éléments marquants des résultats obtenus.

Qui êtes-vous à avoir répondu ?

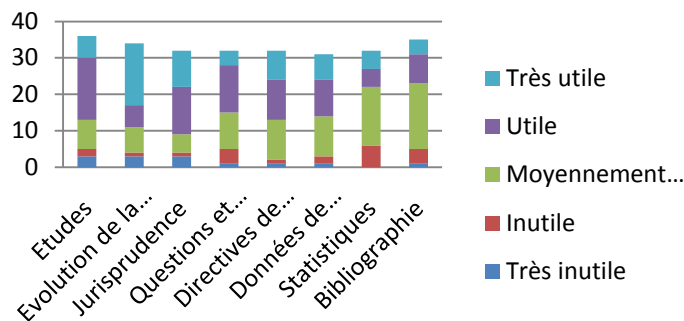
Les principaux répondants sont : les membres des mutualités (27,4 %), les membres de l'INAMI (23,4 %) et les avocats (11,9 %).

Que pensez-vous, globalement, du Bulletin d'information ?

Vous êtes 78 % à être satisfaits ou très satisfaits du Bulletin d'information. Vous êtes également 78 % à le trouver utile ou très utile.

Ce qui vous semble le plus utile ?

Le trio de tête des rubriques qui vous semblent les plus utiles (utiles ou très utiles): les études, l'évolution de la législation et la jurisprudence.



Quels sont, d'après vous, les principaux atouts du Bulletin d'information ?

L'information qui s'y trouve est complète et bien structurée.

Pour ou contre un Bulletin d'information uniquement sous format électronique ?

Vous êtes 65,7 % à être favorables à un Bulletin d'information uniquement sous format électronique. L'un d'entre vous a même suggéré de réaliser un Bulletin d'information avec "déroulants, liens et renvois plutôt qu'un PDF figé".

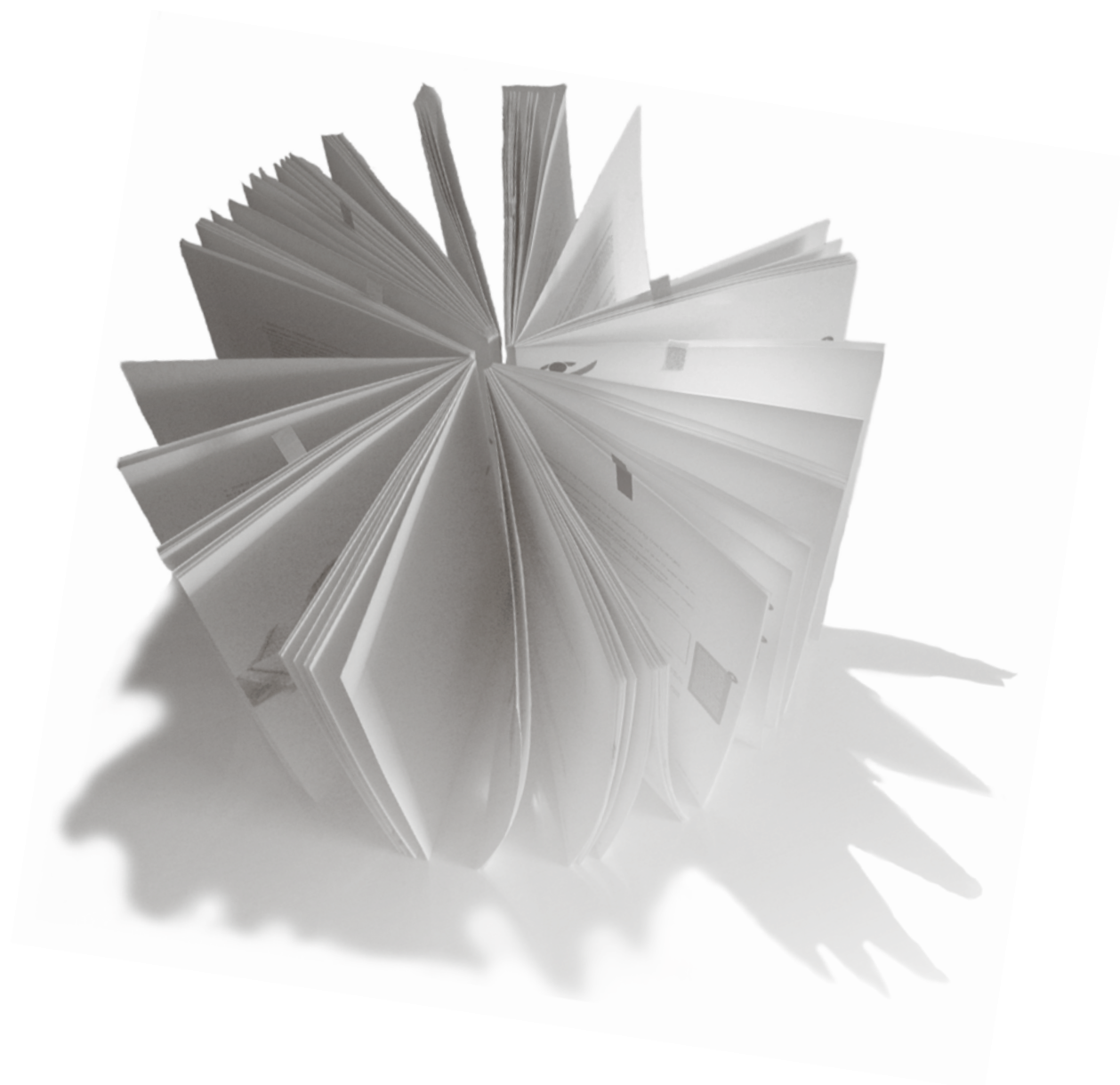
A NOTER...

Actuellement, vous êtes 43,2 % à consulter le Bulletin d'information dans sa version papier et 26,5 % dans sa version électronique.

En conclusion

Près de 8 lecteurs sur 10 sont satisfaits du Bulletin d'information et le trouvent utile à très utile : voilà un résultat qui ravit l'équipe de rédaction et la conforte dans sa démarche de qualité au niveau du contenu. D'autre part, presque 2/3 d'entre vous sont favorables au format électronique du Bulletin d'information mais regrettent de ne pouvoir y faire de recherches plus ciblées avec le moteur de recherche actuel du site. Bonne nouvelle celui-ci va être entièrement revu et disposera d'un tout nouveau moteur de recherche dès le milieu de l'année prochaine !

1^{re} Partie Études



I. L'accréditation

1. Étude et évaluation d'un processus

Par M.-F. Van Impe, Service des soins de santé

Introduction

L'accréditation des professionnels de la santé est une sorte de label de qualité. C'est un mécanisme complexe qui régit la formation continuée des prestataires de soins dans le but de garantir et de promouvoir des soins de santé de qualité. L'accréditation s'inscrit dans un mouvement continu d'amélioration de notre système de soins de santé, sur base d'une concertation entre les représentants des professionnels de la santé, les organismes assureurs, et les pouvoirs publics (INAMI).

Actuellement, en Belgique, peuvent bénéficier de l'accréditation les médecins généralistes et les médecins spécialistes, les pharmaciens biologistes et les praticiens de l'art dentaire. Deux systèmes basés sur les mêmes principes mais organisés de façon distincte sont présents : le premier est destiné aux médecins et aux pharmaciens biologistes, le deuxième aux praticiens de l'art dentaire. D'autres systèmes d'accréditation sont à l'étude actuellement : notamment pour les kinésithérapeutes et les infirmiers.

L'accréditation représente un vaste programme qui a des implications sur différents plans du système des soins de santé. S'il apporte indéniablement de nombreux avantages, il a également un coût très élevé. Pour garantir sa légitimité et en raison de ses implications financières importantes, il serait tout à fait justifié de le soumettre à une évaluation permanente et en profondeur, ce qui n'est pas le cas actuellement.

L'accréditation est financée par l'INAMI. La gestion du processus est une mission de la Direction KLAVVIDT- DIDS au sein du Service des soins de santé de l'INAMI.

Sur le plan financier, l'accréditation représente une part importante dans le budget de l'INAMI, et donc dans le budget global de la sécurité sociale.

Sur le plan de la santé publique, l'accréditation est un processus important puisqu'il a pour but, par le biais de la formation continuée, de promouvoir la qualité des prestations des professionnels de la santé que sont les médecins, les pharmaciens biologistes et les dentistes.

L'accréditation participe ainsi à un vaste projet social d'amélioration de la qualité des soins et ce quels que soient les moyens financiers du patient. En effet, le supplément d'honoraires perçu par le dispensateur de soins accrédité n'a aucune incidence sur le coût de la prestation ou du traitement pour le patient.

L'objectif de cette étude consiste à :

- décrire et analyser le processus de l'accréditation tant sur le plan de la gestion administrative des dossiers individuels et des cours que sur le plan des différents organes mis en place par le législateur pour assurer son fonctionnement
- faire une évaluation de ce processus, du point de vue administratif et qualitatif, et voir si, compte tenu du budget important que l'accréditation représente pour la sécurité sociale, ce processus remplit bien l'objectif pour lequel il a été mis en place
- proposer des pistes de solutions.

Après un bref rappel historique, le document décrit dans la première partie le processus de l'accréditation, particulièrement du point de vue du dispensateur de soins. Il présente les conditions pour obtenir ou conserver son accréditation, les organes chargés de l'accréditation, la gestion des dossiers et des activités de formation continue et l'informatisation de l'accréditation.

La deuxième partie présente les problèmes rencontrés au stade actuel de l'accréditation et tente de faire une évaluation du processus de l'accréditation sur le plan administratif et sur le plan qualitatif.

La troisième partie propose des pistes de solutions pour remédier aux problèmes observés.

a. De la difficulté à évaluer l'accréditation

Il apparaît relativement aisé de décrire et d'évaluer l'accréditation sur le plan du suivi administratif des dossiers, même s'il s'agit d'un processus très complexe. Des solutions existent pour améliorer le système tant du point de vue des gestionnaires de dossiers que de celui des prestataires de soins, par le biais notamment de l'informatisation.

Une évaluation qualitative du processus de l'accréditation est en revanche beaucoup plus difficile à réaliser. Il existe actuellement peu d'outils pour évaluer la pertinence et la qualité du contenu des cours, la compétence des orateurs pour les sessions de formation, la qualité des échanges dans les peer-review, et encore moins pour apprécier l'impact de ces formations sur la pratique médicale.

Il serait intéressant d'établir un rapport qualité/coût de l'accréditation, en mettant en parallèle les aspects financiers et de ressources humaines et les apports en matière de qualité des soins de santé.

2. Bref historique de l'accréditation et quelques statistiques

Il y a actuellement en Belgique deux systèmes d'accréditation différents : l'un concerne les médecins et les pharmaciens biologistes et l'autre les praticiens de l'art dentaire.

a. L'accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes

L'accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes trouve son origine dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (Loi SSI) qui organise et règle l'assurance soins de santé et indemnités.

Le système de l'accréditation a été proposé et mis en œuvre par la Commission nationale médico-mutualiste qui regroupe les représentants des médecins et des mutualités. Il s'agissait de développer et d'encadrer un système de formation continue pour les médecins dans le but de garantir des soins de santé de qualité. Il apparaît en effet important, si pas nécessaire, que le prestataire de soins continue à se former tout au long de sa carrière, qu'il se mette au courant des progrès scientifiques et technologiques dans sa spécialité, qu'il ait des échanges réguliers avec ses pairs au sujet de sa pratique médicale. L'accréditation est donc une sorte de label de qualité.

Contrairement au système en vigueur dans d'autres pays, l'accréditation en Belgique est facultative et elle procure aux prestataires de soins différents avantages financiers tout en étant relativement peu exigeante, notamment en nombre d'heures de formation. Adhérer au système de l'accréditation consiste à participer, suivant des critères bien définis, à deux types d'activités de formation continue : d'une part à des cours, des conférences, des ateliers workshops tant en Belgique qu'à l'étranger et d'autre part à des sessions de peer-review.

Le Groupe de Direction de l'accréditation, qui accorde l'accréditation aux médecins et aux pharmaciens biologistes et agrée les cours, s'est réuni pour la première fois le 8 mars 1994. Les premières réunions avaient pour but de construire pas à pas le système et d'en établir les principales règles de fonctionnement : composition des comités paritaires, détermination de la notion d'unité de formation continue (UFC qui en 2007 ont été transposés en Credit Points), durée de la période d'accréditation, etc.

Le premier contingent de médecins accrédités a démarré le système en mai 1995. L'accréditation des médecins fonctionne donc depuis 17 ans. En dehors de l'apport constant d'améliorations par l'informatisation du processus, les règles de fonctionnement de l'accréditation sont restées pratiquement inchangées.

b. L'accréditation des praticiens de l'art dentaire

L'accréditation des praticiens de l'art dentaire est également régie par la loi SSI. Bien que l'accréditation des dentistes soit organisée de manière différente, l'objectif est également d'inciter les dentistes à continuer à se former et à développer des échanges entre praticiens pour garantir des soins de qualité.

On y retrouve les mêmes caractéristiques générales que dans le système en vigueur chez les médecins et les pharmaciens biologistes :

- le caractère non obligatoire de l'accréditation
- l'incitation financière
- la combinaison entre des cours et des sessions de peer-review.

Les premiers dentistes ont été accrédités en 1998. Le système existe donc depuis une quinzaine d'années.

c. Estimation du coût de l'accréditation en Belgique (pour 2010)

1. Pour les médecins, le total payé par l'INAMI en 2010 était de 209,388 millions d'EUR :

- forfait d'accréditation : 14,072 millions d'EUR (montant unitaire : 580,02 EUR)
- suppléments d'honoraires : 195,316 millions d'EUR
 - Soit une moyenne d'environ 8 400 EUR par médecin.

2. Pour les dentistes, le total était de 11,733 millions d'EUR soit 2 377 EUR par dentiste.

d. Évolution du pourcentage de prestataires de soins accrédités

Au 23 janvier 2012, il y avait :

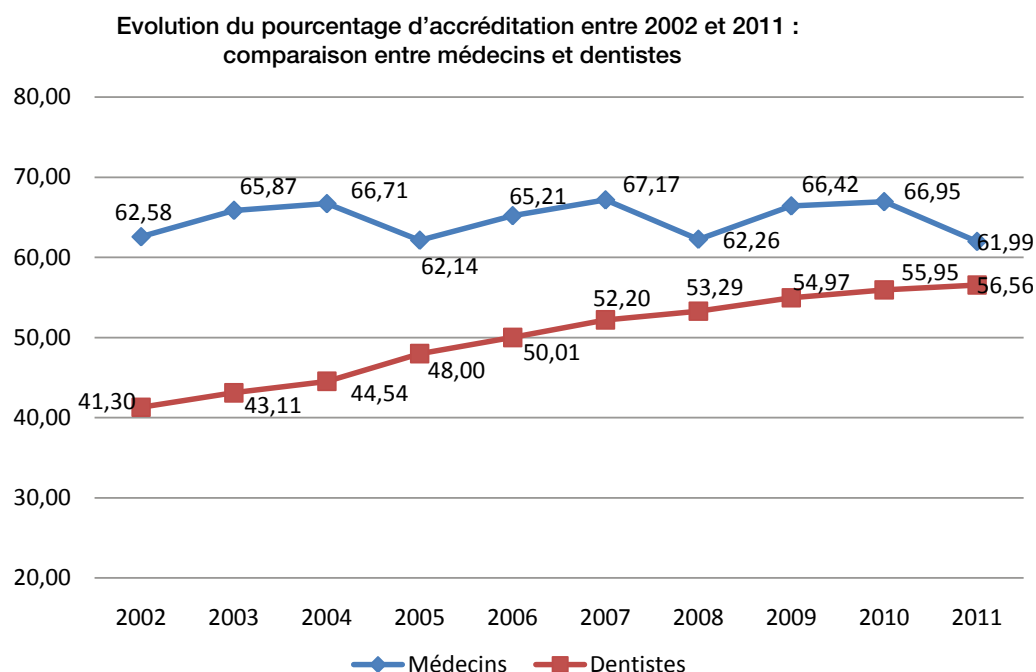
- 14 221 médecins généralistes actifs dont 9 797 médecins accrédités soit 68,69 %
- 23 184 médecins spécialistes dont 14 549 médecins accrédités soit 62,75 %
- 623 pharmaciens biologistes dont 384 accrédités soit 61,64 %
- et 8 881 dentistes dont 5 023 accrédités soit 56,56 %.

Le pourcentage des dispensateurs de soins qui sont accrédités a augmenté progressivement dans les premières années de l'accréditation. Actuellement, on constate que la proportion de médecins accrédités reste relativement stable depuis une dizaine d'années. Le pourcentage de dentistes accrédités, qui reste globalement moins élevé que celui des médecins, continue à progresser d'année en année. Voici un aperçu de cette évolution de 2002 à 2011 :

Année	Généralistes			Spécialistes			Total des médecins		
	Actifs	Accréd.	% Accr.	Actifs	Accréd.	% Accr.	Actifs	Accréd.	% Accr.
2002	13 787	9 199	66,72	19 065	11 359	59,58	32 852	20 558	62,58
2003	13 955	9 647	69,13	19 446	12 355	63,53	33 401	22 002	65,87
2004	14 048	9 796	69,73	19 836	12 808	64,57	33 884	22 604	66,71
2005	14 177	9 428	66,50	20 372	12 042	59,11	34 549	21 470	62,14
2006	14 271	9 781	68,54	20 801	13 089	62,92	35 072	22 870	65,21
2007	14 217	10 012	70,42	21 459	13 953	65,02	35 676	23 965	67,17
2008	14 154	9 442	66,71	22 020	13 080	59,40	36 174	22 522	62,26
2009	14 167	9 938	70,15	22 406	14 355	64,07	36 573	24 293	66,42
2010	14 166	9 971	70,39	22 768	14 758	64,82	36 934	24 729	66,95
2011	14 233	9 424	66,21	23 170	13 762	59,40	37 403	23 186	61,99

Tableau 2 : Évolution de l'accréditation de 2002 à 2011 : Praticiens de l'art dentaire			
Année	Actifs	Accrédités	Pourcentage d'accrédités
2002	8 553	3 532	41,30
2003	8 609	3 711	43,11
2004	8 660	3 857	44,54
2005	8 655	4 154	48,00
2006	8 714	4 358	50,01
2007	8 643	4 512	52,20
2008	8 668	4 619	53,29
2009	8 681	4 772	54,97
2010	8 822	4 936	55,95
2011	8 881	5 023	56,56

Graphique 1 : Évolution de l'accréditation : comparaison



Le pourcentage de médecins accrédités (généralistes et spécialistes confondus) varie globalement entre 62 et 68 %. Le pourcentage de dentistes accrédités est passé entre 2002 et 2011 de 41,30 % à 56,56 %.

3. Étude du processus de l'accréditation

a. L'accréditation : conditions et avantages pour le dispensateur de soins

Dans cette partie, nous présenterons de manière synthétique les deux systèmes belges d'accréditation et ce tout particulièrement du point de vue du dispensateur de soins, en abordant la problématique de l'accréditation individuelle.

Sont particulièrement abordées les conditions qu'un médecin, un pharmacien biologiste ou un dentiste doit remplir pour obtenir l'accréditation.

L'ACCREDITATION DES MÉDECINS ET DES PHARMACIENS BIOLOGISTES

Nous avons vu plus haut que l'accréditation peut être assimilée à une forme de label de qualité que les prestataires de soins reçoivent lorsqu'ils suivent régulièrement des formations complémentaires et gèrent leur pratique en respectant des normes de qualité spécifiques telles que l'utilisation judicieuse et socialement justifiée des moyens médicaux. L'accréditation est récompensée financièrement.

Les conditions pour obtenir ou conserver l'accréditation

Les conditions pour obtenir l'accréditation sont principalement de deux ordres : les premières ont trait à la pratique professionnelle et les secondes concernent la formation continue.

En matière de pratique professionnelle, le médecin généraliste doit :

- tenir à jour des dossiers médicaux et échanger des données avec d'autres médecins traitants
- exercer la médecine générale à titre principal et assurer la continuité des soins
- avoir un seuil d'activité de 1 250 contacts par an (consultations et visites), c'est-à-dire en moyenne 5 contacts par jour. (Cette mesure ne s'applique pas aux 4 premières années de la pratique ni aux médecins bénéficiant d'une pension légale)
- ne pas avoir reçu de remarques répétées de la part de la commission des profils
- participer aux initiatives d'évaluation de la qualité qui sont organisées par les confrères, c'est-à-dire participer aux groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM).

En matière de pratique professionnelle, le médecin spécialiste doit :

- communiquer au médecin généraliste consulté par le patient, et échanger avec lui, toutes données médicales utiles concernant le diagnostic et le traitement du patient
- participer aux initiatives d'évaluation de la qualité qui sont organisées par les confrères, c'est-à-dire participer aux groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) de la spécialité concernée
- avoir atteint au cours de l'année civile précédente un seuil d'activité prévu pour sa spécialité.



Voir : www.inami.be > dispensateurs de soins individuels > médecins > accréditation > accréditation individuelle > conditions d'accréditation > annexe 3.



À titre d'exemple, un anesthésiste doit atteindre 500 contacts, un chirurgien 900, un pédiatre 1 000, un gynécologue 1 250.

Une exception est prévue pour les 4 premières années de pratique médicale et pour les médecins en fin de carrière (sur demande). Les médecins agréés pour plusieurs spécialités peuvent choisir le seuil d'activité prévu pour une de ces spécialités.

- ne pas avoir reçu de remarques répétées de la commission compétente pour l'évaluation des profils médicaux. Ces remarques, formulées selon des critères fixés par la commission, concernent la prescription et l'exécution de prestations diagnostiques et thérapeutiques.

En matière de formation continue, les conditions sont identiques pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes :

- Suivre le programme d'une formation continue reconnue et pouvoir prouver, par la feuille de présence individuelle, au moins 20 Credits Points (C.P.) par période de 12 mois, dont au moins 3 C.P. en éthique et économie. Des congrès internationaux peuvent également donner droit à des C.P. Le médecin n'est pas tenu de suivre des cours dans sa propre spécialité.
- Être membre d'un GLEM et participer à 2 réunions de ce GLEM au moins par an (= minimum 2 C.P., une heure de GLEM équivalant à un C.P.). Sur l'année, les activités du GLEM peuvent compter pour maximum 8 C.P.

En fonction du moment de sa carrière où le médecin demande son accréditation, la procédure est légèrement différente :

- un médecin débutant peut obtenir une accréditation provisoire pour une durée d'un an. Pour l'obtenir, il doit s'inscrire auprès d'un GLEM et introduire, dans les 3 mois qui suivent l'obtention de son agrément, une demande d'accréditation provisoire auprès du Service des soins de santé de l'INAMI, section Accréditation
- un médecin installé peut toujours introduire sa demande auprès de la section Accréditation s'il remplit les conditions mentionnées ci-dessus
- dès qu'un médecin bénéficie d'une pension légale, il a la possibilité de demander une accréditation pour une durée d'1 an ou de 3 ans.

L'accréditation est valable à partir du 1^{er} jour du mois qui suit l'approbation de la demande et est valable pour une durée de 3 ans. À l'approche de l'échéance, le médecin fait une demande de prolongation accompagnée des preuves des formations suivies (20 C.P. par année).

Les avantages de l'accréditation

Sur le plan financier, l'accréditation donne droit à :

- une indemnité forfaitaire annuelle qui en 2011 s'élevait à 593,61 EUR. Ce forfait est versé anticipativement¹ au médecin ou au pharmacien biologiste, au début de chaque année de sa période d'accréditation
- une majoration des honoraires pour la consultation et la visite, sans modification du ticket modérateur. Cette majoration varie d'une spécialité médicale à l'autre et est comprise entre 2,5 EUR et 6 EUR de supplément par prestation.

En ce qui concerne l'intervention forfaitaire annuelle, il y a une nouveauté très importante pour 2012, l'accord médico-mutualiste du 23 décembre 2011 prévoit en effet un montant forfaitaire plus élevé pour les médecins accrédités qui adhèrent de manière totale à cet accord : "Pour 2012, l'intervention forfaitaire d'accréditation pour les médecins entièrement conventionnés est majorée à 1 027,81 EUR ; pour les médecins partiellement et non conventionnés, l'intervention forfaitaire d'accréditation reste fixée à 593,61 EUR. Cette procédure permet de satisfaire aux aspirations de la CNMM² qui souhaite promouvoir le conventionnement de médecins et rendre l'accréditation plus attractive."³

Pour les pharmaciens biologistes, les conditions relatives à la formation continue et à la pratique professionnelle sont comparables à celles que doivent remplir les médecins.

1. Excepté pour le médecin accrédité dans le régime des fins de carrière qui reçoit le forfait à l'issue de sa période d'accréditation (d'un an ou de 3 ans).
2. Commission Nationale Médico-Mutualiste.
3. Accord National Médico-Mutualiste 2012 du 23.12.2011.

L'ACCREDITATION DES PRATICIENS DE L'ART DENTAIRE

Bien qu'élaboré sur les mêmes principes de base et sur le même objectif de promotion de la qualité des soins, le processus d'accréditation des dentistes est organisé de manière différente.

Les conditions pour obtenir ou conserver l'accréditation

Comme pour les médecins et les pharmaciens biologistes, les dentistes qui souhaitent obtenir leur accréditation doivent satisfaire à des conditions relatives à la pratique de l'art dentaire d'une part, à leur participation à un système de formation complémentaire d'autre part.

En matière de pratique professionnelle, le praticien de l'art dentaire doit :

- satisfaire à la condition du seuil d'activité dans le courant de l'année : avoir effectué dans l'année un minimum de 300 prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Pour les dentistes jeunes diplômés, le critère concernant le seuil d'activité de 300 prestations par an entrera en vigueur à partir de la cinquième année du cycle de 5 ans
- remplir le registre du cabinet dentaire et l'envoyer avec la feuille individuelle de présence si c'est la première année d'accréditation ou si les données concernant le registre du cabinet dentaire ont changé
- si c'est la première année d'accréditation ou si les données concernant le registre ont changé, répondre aux conditions générales quant à l'exercice de l'art dentaire en Belgique, ce qui inclut expressément l'obligation de participer à l'administration de soins de santé dans le cadre d'un service de garde
- satisfaire au règlement concernant la protection contre le danger des rayonnements ionisants (informations fournies par l'AFCN à l'INAMI)
- collaborer à la collecte de données relatives à la politique menée en matière de soins bucco-dentaires dans le cadre de l'INAMI si une demande écrite expresse en a été faite par le Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire.

En matière de formation complémentaire, le praticien de l'art dentaire doit :

- obtenir au total 500 unités d'accréditation (U.A.) pour l'ensemble du cycle de 5 ans, (10 U.A. sont accordées par module de 90 min.). Sur le cycle de 5 ans, le dentiste doit avoir participé à des activités obligatoirement dans 7 " sous-domaines " de formation, c'est-à-dire dans 7 matières distinctes⁴. Il doit avoir obtenu au minimum 50 unités dans le sous-domaine 2 " Aspects éthiques, socio-économiques et organisationnels de la profession " et, s'il a commencé un nouveau cycle de cinq ans le 1^{er} janvier 2010 ou après 1^{er} janvier 2010, 20 unités dans le sous-domaine 3 " Imagerie radiologique de la région orofaciale, y compris la radioprotection ". La répartition de ces U.A. par année (c.-à-d. du 01.01. au 31.12.) est la suivante :
 - a. La 1^{re} année, le dentiste doit obtenir un minimum de 100 unités
 - b. Les années suivantes, il doit acquérir au minimum 40 unités, mais la moyenne pour les années écoulées doit s'élever au minimum à 100 unités
 - c. 160 unités au maximum sont prises en compte par année.
- participer à des activités dans le cadre du peer-review entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de chaque année de son cycle : le praticien de l'art dentaire doit suivre au moins deux sessions, chacune d'une durée effective de 90 minutes. Les groupes de minimum 8 et de maximum 20 dentistes sont formés sur base volontaire. Les participations aux séances de peer-review ne sont pas comptabilisées dans les U.A. de formation complémentaire
- rentrer la feuille individuelle de présence par lettre recommandée avant le 31 mars de chaque année de son cycle.

4. Liste des sous-domaines de formation des praticiens de l'art dentaire en p. 428.

Les avantages de l'accréditation

Les praticiens de l'art dentaire qui sont accrédités ont droit à un honoraire forfaitaire annuel qui en 2011 s'élevait à 2 641,80 EUR.

COMPARAISON ENTRE LES DEUX SYSTÈMES

Voici les principales différences que l'on observe entre l'accréditation des médecins et celle des dentistes :

1. Du point de vue de la durée du cycle :

- chez le praticien de l'art dentaire, le cycle dure 5 ans et chaque année d'accréditation court du 1^{er} janvier au 31 décembre
- chez le médecin ou le pharmacien biologiste, la période d'accréditation est de 3 ans (sauf cas particuliers), mais l'année de référence peut commencer le 1^{er} jour de n'importe quel mois de l'année.

2. Du point de vue des points à comptabiliser :

- le dentiste peut, dans certaines limites, reporter des points d'une année à l'autre
- le médecin ou le pharmacien biologiste doit obligatoirement obtenir au minimum 20 C.P. par année de sa période d'accréditation et 60 C.P. pour les trois ans. Il ne peut pas reporter des points d'une année à l'autre.

3. Du point de vue des domaines de formation à couvrir :

- le dentiste doit parcourir au cours de son cycle tous les sous-domaines de formation
- le médecin n'est pas tenu de suivre une formation dans tel ou tel domaine, excepté en éthique et économie, domaine dans lequel il doit obtenir 3 C.P. pour chaque année de sa période d'accréditation.

4. Du point de vue des peer-review :

Dans les deux systèmes, le dispensateur est tenu de participer à deux séances de peer-review chaque année de sa période d'accréditation.

- le médecin doit s'inscrire à un GLEM et seules seront comptabilisées les participations à son propre GLEM. Les C.P. obtenus pour les réunions du GLEM sont compris dans les 20 C.P. à atteindre par an
- le dentiste n'est pas tenu de participer à un groupe de peer-review en particulier. Les points obtenus ne font pas partie des U.A. à obtenir pour la formation complémentaire.

5. Du point de vue des avantages financiers :

L'honoraire forfaitaire annuel que perçoit le praticien de l'art dentaire accrédité est plus élevé que celui du médecin et du pharmacien biologiste, mais le praticien de l'art dentaire ne bénéficie pas d'honoraires majorés pour ses prestations.

b. Les organes chargés de l'accréditation

Le système d'accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes étant plus complexe que celui des praticiens de l'art dentaire et le nombre de dispensateurs concernés étant plus élevé, nous nous attarderons plus en détail sur les organes chargés de l'accréditation des médecins, et en particulier sur le Groupe de direction de l'accréditation.

LES ORGANES CHARGÉS DE L'ACCREDITATION DES MÉDECINS ET DES PHARMACIENS BIOLOGISTES

L'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI, règle la composition et le fonctionnement des organes chargés de l'accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes (art. 122*bis* à 122*octies*).

Les principaux organes chargés de l'accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes institués auprès du Service des soins de santé sont :

- le Conseil national de promotion de la qualité
- le Groupe de direction de l'accréditation
- le Conseil technique de l'accréditation
- les Comités paritaires
- la Commission d'Appel.

Le Conseil national de promotion de la qualité

Le Conseil national de promotion de la qualité se compose des quatre groupes suivants :

- 6 membres effectifs et 6 membres suppléants médecins généralistes agréés ainsi que 6 membres effectifs et 6 membres suppléants médecins spécialistes
- 7 membres effectifs et 7 membres suppléants représentant les universités ainsi que 7 membres effectifs et 7 membres suppléants représentant les organisations scientifiques médicales
- 12 membres effectifs et 12 membres suppléants représentant les organismes assureurs
- 3 membres effectifs et 3 membres suppléants représentant le Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions ainsi que 3 membres effectifs et 3 membres suppléants représentant le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Les membres du Conseil national de promotion de la qualité sont nommés par le Roi sur proposition de leurs organisations respectives et pour une période de quatre ans.

La mission du Conseil national de promotion de la qualité consiste à :

1. Gérer le système d'évaluation "peer-review" et déterminer à cette fin les sujets et prendre les initiatives en matière de développement permanent de la qualité, sur base d'informations, de propositions, de recommandations et de stimulants
2. Développer des recommandations pour une bonne utilisation du dossier médical global
3. Développer des recommandations en vue de promouvoir le travail en équipe et diverses associations
4. Prendre connaissance des travaux du Groupe de direction de l'accréditation
5. Faire part de ses travaux au Groupe de direction de l'accréditation.

Le Conseil national de promotion de la qualité siège valablement lorsque la moitié des membres ayant voix délibérative de chaque groupe est présente. Les décisions du CNPQ sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres de trois des quatre groupes. Seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative.

Le CNPQ a été chargé de réaliser des modules d'e-learning en collaboration avec la SSMG⁵. Ces modules font ensuite l'objet d'une demande de reconnaissance dans le cadre de l'accréditation. Le CNPQ a également mis au point un projet de formulaire d'évaluation online d'une réunion de GLEM qui n'est pas encore utilisé actuellement.

Le Groupe de direction de l'accréditation

Le Groupe de direction de l'accréditation, appelé en abrégé le " GDA ", est l'organe de gestion de l'accréditation par excellence. Les décisions importantes relatives à l'organisation et aux règles de fonctionnement de l'accréditation sont prises au cours des réunions mensuelles du GDA.

Le Groupe de direction de l'accréditation se compose de :

- 6 membres effectifs et 6 membres suppléants médecins généralistes agréés et 6 membres effectifs et 6 membres suppléants médecins spécialistes
- 7 membres effectifs et 7 membres suppléants représentant les universités ainsi que 7 membres effectifs et 7 membres suppléants représentant les organisations scientifiques médicales
- 12 membres effectifs et 12 membres suppléants représentant les organismes assureurs.

Les membres du Groupe de direction de l'accréditation sont nommés par le Roi sur proposition de leurs organisations respectives et pour une période de quatre ans.

Le Groupe de direction de l'accréditation :

1. gère l'exécution des conditions d'accréditation et des procédures
2. gère le système de formation continue
3. agréé les programmes de formation continue qui lui sont soumis par les comités paritaires ou décide, le cas échéant, de l'appréciation et de l'agrément des programmes si un comité paritaire ne formule pas de propositions ou ne peut pas prendre de décision
4. supervise et coordonne le fonctionnement des Comités paritaires concernant la formation continue
5. informe le Conseil national de la promotion de la qualité de ses travaux
6. prend connaissance des travaux du Conseil national de la promotion de la qualité
7. décide de l'accréditation des médecins individuels.

Le Groupe de direction de l'accréditation siège valablement lorsque la moitié des membres ayant voix délibérative de chaque groupe est présente. Les décisions du Groupe de direction de l'accréditation sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres présents de chaque groupe; seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative. Le Groupe de direction de l'accréditation peut instituer des groupes de travail.

Le Groupe de Direction de l'Accréditation est donc compétent pour accréditer :

- tous les dossiers individuels des médecins et des pharmaciens-biologistes qui ont rentré leur demande suivant les règles établies
- toutes les activités de formation continue dont la demande d'accréditation a été faite aux comités paritaires.

Le Groupe de direction doit se prononcer sur tous les dossiers d'accréditation individuelle des médecins et des pharmaciens biologistes. En pratique, c'est l'administration (la section Accréditation du Service des soins de santé de l'INAMI) qui prépare les dossiers des dispensateurs de soins accrédités ou à accréditer et les soumet pour approbation ou refus au Groupe de direction. La décision relative à un dossier ne peut être envoyée par le service qu'après la réunion du Groupe de direction de l'accréditation.

Le Groupe de direction se prononce aussi sur les dossiers qui posent un problème plus conséquent et qui nécessitent une discussion entre les membres des différents bancs (points nettement insuffisants ou mal répartis, problèmes de dates, justification des manquements par des circonstances exceptionnelles, certificats médicaux, etc.).

Le GDA examine également les demandes d'accréditation pour les activités examinées par les comités paritaires et par le groupe de travail Ethique et Economie.

Le GDA étudie également tout dossier, tout courrier, toute communication qui lui ont été adressés par l'intermédiaire du service depuis la dernière réunion et qui ont trait à l'accréditation individuelle des médecins, à l'accréditation des activités, ou à la gestion de l'accréditation en général : courrier émanant des médecins, de la presse médicale, site internet et gestion online de l'accréditation, modification à la réglementation, etc.

L'organisation et le secrétariat du GDA sont assurés par l'équipe Accréditation du Service des soins de santé. Plusieurs fonctionnaires participent aux réunions pour garantir la bonne exécution sur le plan administratif des décisions prises au sein de cette commission et pour faire le lien avec les nombreux agents du service qui assurent la gestion du processus au jour le jour.

Le Groupe de direction de l'accréditation se réunit 11 fois par an : une fois par mois, sauf durant les mois de juillet et d'août où il ne se réunit qu'une fois.

Le groupe de travail : groupe de direction de l'accréditation restreint⁶

Le Groupe de direction de l'accréditation a créé en son sein un groupe de travail qui réunit, en comité restreint, le président et le secrétaire du Groupe de direction de l'accréditation, plusieurs membres du GDA et plusieurs fonctionnaires du service. Tous les membres du GDA sont invités à participer au groupe de travail mais il y a en général 3 à 4 membres présents. Ce groupe de travail a pour but d'alléger la tâche du GDA en préparant, tant pour les activités que pour les dossiers de médecins individuels, les décisions qui vont être prises par le GDA. Ce comité restreint se réunit la veille de la réunion du Groupe de direction de l'accréditation.

En matière de **dossiers individuels**, le groupe de travail passe en revue les (nombreux) dossiers litigieux qui nécessitent une décision du GDA. Chaque dossier litigieux qui est soumis au GDA fait l'objet d'un minutieux travail de préparation par l'équipe Accréditation. Pour chaque dispensateur dont la demande d'accréditation pose un problème, le service prépare un dossier anonymisé qui contient tous les éléments utiles : formulaire d'inscription et grille d'activités, attestations de participation à des formations, courriers du dispensateur, certificats médicaux ainsi qu'un résumé de la situation sous la forme d'une grille assortie de commentaires du service sur le dossier.

En matière de **cours de formation continue**, ce GDA restreint passe en revue les activités qui sont soumises au GDA par les comités paritaires et qui posent un problème : formations pour lesquelles le comité paritaire a émis un avis négatif ou un doute (par ex. pour une activité suspectée d'être commerciale).

Le groupe de travail examine également certaines demandes particulières comme les demandes de GLEM communs, les demandes de listes des membres d'un GLEM etc.

Outre les documents qui leur sont parvenus par courrier ou par email avant la réunion, les membres du GDA reçoivent en séance une " note au GDA " reprenant la liste des dossiers litigieux que le groupe de travail a examinés et la liste des activités de formation continue qu'il a passées en revue.

6. Communément appelé le " petit GDA ".

La décision définitive est prise par le Groupe de direction de l'accréditation au cours de la séance plénière.

Le Conseil Technique de l'Accréditation

Le Conseil technique de l'accréditation est composé de membres du Groupe de direction de l'accréditation et compte 4 membres effectifs et 4 membres suppléants désignés par chaque groupe.

Le Conseil technique de l'accréditation siège valablement lorsque la moitié au moins des membres effectifs ou suppléants est présente et lorsqu'au moins chaque groupe est représenté. Seul un membre effectif a le droit de vote et un membre suppléant a le droit de vote si le membre effectif qu'il remplace n'est pas présent en séance. Les décisions sont en principe prises par consensus. Si l'on n'aboutit pas à un consensus, les opinions sont consignées par groupe dans un procès-verbal.

Le Conseil technique de l'accréditation peut convoquer toute personne qu'il estime être susceptible de lui fournir des informations utiles. Il peut créer des groupes de travail en son sein et les charger de l'examen préalable d'un problème.

Le Conseil technique de l'accréditation étudie certains aspects particuliers de l'accréditation, comme par exemple le fonctionnement des comités paritaires, les conditions auxquelles doivent répondre les organisateurs de formation continue. Il soumet ensuite des propositions au Groupe de direction de l'accréditation.

Les comités paritaires

Il y a 29 comités paritaires institués auprès du Service des soins de santé : un comité paritaire de médecine générale et un comité paritaire pour chaque spécialité médicale.



La liste des Comités paritaires sont : la médecine générale; l'anatomopathologie; l'anesthésiologie-réanimation; la dermato-vénérologie; la chirurgie; la biologie clinique; l'urologie; la gastro-entérologie; la cardiologie; la médecine physique; la médecine interne; la gynécologie et l'obstétrique; la gériatrie; la médecine nucléaire; l'ophtalmologie; la pédiatrie; la neuro-chirurgie; l'oto-rhino-laryngologie; la neurologie; la pneumologie; l'orthopédie; la chirurgie plastique; la psychiatrie; l'oncologie médicale; la rhumatologie; la radiodiagnostic; la médecine d'urgence; la stomatologie; et la radiothérapie.

Le comité paritaire de médecine générale se compose de 24 membres représentant les organisations professionnelles représentatives des médecins et 24 membres représentant les universités, les organisations scientifiques médicales et les cercles de formation continue.

Les autres comités paritaires se composent de 12 membres effectifs et de 12 membres suppléants représentant les organisations professionnelles représentatives des médecins, et de 12 membres effectifs et de 12 membres suppléants représentant les universités, les organisations scientifiques médicales et les cercles de formation continue.

Les comités paritaires, chacun en ce qui concerne sa spécialité,

1. Soumettent les programmes de formation continue établis ou acceptés ainsi que leur évaluation à l'agrément du Groupe de direction de l'accréditation
2. Surveillent l'exécution de la formation continue, sous la supervision du Groupe de direction de l'accréditation
3. Exécutent, le cas échéant, la mission relative au système d'évaluation " peer-review " sous la supervision du Conseil national de promotion de la qualité.

Les Comités paritaires siègent valablement lorsque la moitié des membres ayant voix délibérative de chaque groupe est présente. Les décisions des comités paritaires sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres présents de chaque groupe.

La Commission d'appel des médecins

La Commission d'appel se compose des groupes suivants :

- 1° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants représentant les organisations professionnelles représentatives des médecins
- 2° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants représentant les universités et les organisations scientifiques médicales
- 3° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants représentant les organismes assureurs
- 4° Le groupe visé au 1° compte deux membres effectifs et deux membres suppléants médecins généralistes agréés ainsi que deux membres effectifs et deux membres suppléants médecins spécialistes.

Les membres de la Commission d'appel ne peuvent ni être membres de la Commission nationale médico-mutualiste ni du Groupe de direction de l'accréditation. Ils sont désignés par la Commission nationale médico-mutualiste.

La Commission d'appel examine et statue sur le recours que les médecins individuels peuvent introduire auprès d'elle contre des décisions les concernant prises par le Groupe de direction de l'accréditation en exécution de sa mission.

La Commission d'appel se réunit valablement si quatre membres effectifs ou suppléants de chaque groupe sont présents. Seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative.

Toute la procédure devant la Commission d'appel se fait par écrit. La Commission d'appel examine toutes les pièces en séance. Elle délibère à huis clos et ses délibérations sont secrètes. Chaque recours recevable est soumis au vote. Un recours ne peut être déclaré fondé que si la majorité des membres de la Commission d'appel s'est prononcée en ce sens. Dans tous les autres cas le recours est non fondé.

Les dispensateurs de soins qui contestent la décision de la Commission d'appel à leur rencontre peuvent déposer un recours devant le Conseil d'État.

LES ORGANES CHARGÉS DE L'ACCREDITATION DES PRATICIENS DE L'ART DENTAIRE

La composition et le fonctionnement des organes chargés de l'accréditation des praticiens de l'art dentaire sont également régis par l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI (art. 122octies) :

Ces organes sont :

- le Groupe de direction promotion de la qualité de l'art dentaire
- la Commission d'évaluation
- la Commission d'appel.

Le Groupe de direction promotion de la qualité de l'art dentaire

Le Groupe de direction promotion de la qualité est le pendant, pour les dentistes, du Groupe de direction de l'accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes.

Il se compose de :

- 1° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants, représentants des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire
- 2° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants, représentants des O.A.
- 3° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants, représentants des universités.

Les membres visés aux points 1° et 3° sont praticiens de l'art dentaire. Un représentant du Service public fédéral Santé publique fait partie du Groupe de direction avec voix consultative.

Les membres du Groupe de direction sont nommés par le Roi pour une période de quatre ans.

Le Groupe de direction promotion de la qualité approuve ou conteste les décisions qui ont été prises par la Commission d'évaluation et ce tant en matière d'accréditation de cours que d'accréditation des dossiers individuels. Il se prononce également sur des cas particuliers de praticiens de l'art dentaire qui lui ont adressé par courrier une demande spécifique (justification d'un retard pour rentrer sa feuille de présence etc.).

La Commission d'évaluation de l'art dentaire

La Commission d'évaluation de l'art dentaire se compose de :

- 1° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire
- 2° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des O.A.
- 3° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des universités.

Les membres visés aux points 1° et 3° sont praticiens de l'art dentaire. Les membres de la Commission d'évaluation sont désignés par le Groupe de direction.

Pour les praticiens de l'art dentaire, les cours sont évalués par une "Commission d'évaluation" unique qui passe en revue l'ensemble des formations, quels que soient les sous-domaines concernés, y compris les formations en éthique et économie. Cette commission détermine à quel sous-domaine les cours sont rattachés et leur attribue un nombre d'unités d'accréditation. Elle examine également certains dossiers individuels à qui il manque éventuellement des éléments importants (rapport par ex.). La décision finale est prise au sein du Groupe de direction promotion de la qualité.

La Commission d'appel de l'art dentaire

Les praticiens de l'art dentaire qui contestent une décision du Groupe de Direction peuvent introduire un recours auprès de la Commission d'appel. Celle-ci se compose de :

- 1° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire
- 2° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des O.A.
- 3° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des universités.

Les membres de la Commission d'appel ne peuvent être membres ni du Groupe de Direction Promotion de la Qualité ni de la Commission d'évaluation de l'art dentaire. Les membres visés aux points 1° et 3° sont praticiens de l'art dentaire. Les membres de la Commission d'Appel de l'art dentaire sont nommés par le Roi.

Les décisions de la Commission d'appel peuvent également faire l'objet d'un recours devant le Conseil d'État.

c. Les cours de formation continue et les peer-review

Pour que les dispensateurs puissent faire valoir les activités de formation continue auxquelles ils ont participé, il faut que ces mêmes activités soient approuvées par le Groupe de direction de l'accréditation pour les activités destinées aux médecins et aux pharmaciens biologistes et par le Groupe de direction promotion de la qualité pour les dentistes.

L'ACCREDITATION DES COURS DE FORMATION CONTINUE : MÉDECINS ET PHARMACIENS BIOLOGISTES

Pour qu'un cours de formation continue qui a lieu en Belgique puisse être accrédité, il faut que la demande d'accréditation soit introduite à l'administration avant que l'activité ne se déroule et par une organisation reconnue. Au sein de l'organisation qui souhaite faire reconnaître des activités dans le cadre de l'accréditation, le responsable doit être un médecin.

Les demandes d'accréditation sont transmises pour évaluation au comité paritaire de la spécialité concernée ou au Groupe de travail Éthique et Économie et soumises au Groupe de direction pour approbation.

Une statistique récente du service a montré qu'il y avait au total en Belgique 1 780 organisations enregistrées parmi lesquelles 998 avaient organisé en 2010 des activités approuvées par le Groupe de direction.

Ces cours peuvent revêtir différentes formes :

- ateliers workshops
- séminaires régionaux
- réunions nationales
- réunions internationales
- (Staffs hospitaliers)⁷
- réunions d'éthique et d'économie
- travaux scientifiques et didactiques (publiés)
- travaux scientifiques et didactiques (présentations orales)
- modérateurs
- programmes à distance (e-learning)
- divers.

7. Les staffs hospitaliers ne sont plus accrédités depuis le 01.10.2010.

Le Comité paritaire ou le Groupe de travail éthique et économie examine les demandes et propose d'accorder ou de refuser l'accréditation. Le groupe de direction entérine ces décisions.

Une activité de formation continue est évaluée en fonction de sa qualité scientifique, il lui est attribué au maximum 1 C.P. par heure. Dès qu'une activité est valorisée par un comité paritaire, elle vaut le même nombre de C.P. pour tout médecin quelle que soit sa spécialité. Les publications donnent droit à 6 C.P. maximum pour le premier auteur. Un médecin faisant fonction d'orateur ou de modérateur à une activité de formation peut se voir octroyer le double du nombre de C.P. prévus pour cette activité, avec un maximum de 2 C.P. supplémentaires. Les programmes à distance sont crédités d'1 C.P. maximum par heure.

Rappelons que le médecin n'est pas tenu de participer obligatoirement à tel ou tel type d'activité, excepté pour ce qui concerne l'éthique et l'économie. Le médecin doit obtenir au minimum 3 C.P. en cette matière pour chaque année de sa période d'accréditation.

Tout médecin qui participe à une formation organisée à l'étranger peut faire une demande de reconnaissance pour cette activité. Une fois la demande enregistrée, si un autre médecin prend part à la même formation, il ne doit plus introduire de demande pour cette activité. Les congrès internationaux qui sont agréés par les organisations internationales reconnues par le GDA ne doivent plus être agréés par le GDA. Les médecins ne doivent donc plus introduire de demande d'accréditation pour ces cours.

LES GLEM : GROUPES LOCAUX D'ÉVALUATION MÉDICALE

Une part importante du système d'accréditation des médecins repose sur les GLEM, les groupes locaux d'évaluation médicale. Les GLEM sont des groupes de pairs (" peer-review ") de 8 à 25 médecins qui se réunissent pour discuter de cas, confronter leur pratique et l'évaluer, prendre connaissance de nouvelles techniques etc.

Chaque médecin accrédité doit s'inscrire à un GLEM. Il doit participer au minimum à deux réunions de son GLEM pour chaque année de sa période d'accréditation. Le responsable du GLEM doit être un médecin accrédité. Le GLEM doit organiser au minimum 4 réunions par an. Les réunions de moins de 2 heures sont valorisées pour 1 C.P., les réunions de 2 heures ou plus obtiennent 2 C.P.

Pour éviter que les GLEM ne soient tentés de se faire sponsoriser par l'industrie pharmaceutique, un projet existe de financer les réunions de GLEM à hauteur de 200 EUR par activité. Pour obtenir cette intervention, les GLEM devront répondre à certaines conditions déterminées par la réglementation et organiser au minimum 4 réunions par an.

L'ACCREDITATION DES ACTIVITÉS DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE POUR LES DENTISTES

Sur un cycle de 5 ans, le dentiste doit participer à des activités de formation continue dans chacun des sous-domaines suivants excepté dans le sous-domaine 0 :

1. Domaine médical
2. Aspects éthiques, socio-économiques et organisationnels de la profession
3. Imagerie radiologique de la région orofaciale, y compris la radioprotection
4. Techniques directes dans la dentisterie conservatrice, endodontie et prévention
5. Pédiodontie et orthodontie
6. Pathologie buccale et parodontologie
7. Techniques indirectes dans la dentisterie conservatrice, prothèses fixes et amovibles, dysfonctions temporo-mandibulaires
0. Sous-domaines combinés, cours informatique.

Le dentiste peut approfondir certains domaines au détriment d'autres, pour autant qu'il obtienne 500 unités au total pour les 5 ans, dont 50 obligatoirement dans le sous-domaine 2 et 20 dans le sous-domaine 3. Il doit comptabiliser au minimum 100 unités pour la première année.

L'organisateur de formation continue doit être non commercial. Il doit faire la demande d'agrément avant la date de l'activité. La demande est différente suivant qu'il s'agisse de nouveaux cours ou de cours à répétition (cours identiques à des cours accrédités déjà organisés). La Commission d'évaluation examine les demandes et attribue les points et les sous-domaines aux cours qui lui sont présentés. Les propositions sont soumises pour approbation au Groupe de direction. 10 unités d'accréditation sont accordées par module de formation de 90 minutes agréé par le Groupe de direction.

Après chaque participation à une activité de formation pour laquelle l'accréditation est demandée, le dentiste doit remplir une grille d'évaluation de cette activité.

Pour les activités de formation complémentaire à l'étranger, le dentiste doit introduire une demande individuelle d'accréditation avant la date de l'activité et y joindre le programme. Après l'activité, il doit rédiger un rapport dactylographié de 10 lignes minimum par module de 90 minutes.


LES PEER-REVIEW DANS LE SYSTÈME D'ACCRÉDITATION DES DENTISTES

Les peer-review sont des groupements de 8 à 20 dentistes qui se réunissent pour échanger entre eux leurs connaissances pratiques et leurs expériences. Chaque groupe de peer-review est organisé par un praticien de l'art dentaire qui s'engage à s'occuper de l'aspect administratif et organisationnel du peer-review pendant une période d'au moins un an.

En 2012, le praticien de l'art dentaire doit suivre au moins deux sessions d'une durée de 90 minutes.

d. L'informatisation de l'accréditation

Depuis plusieurs années la gestion de l'accréditation suit un processus constant d'informatisation tant pour l'administration que pour le dispensateur de soins et les organisateurs de formation continue. L'informatisation de l'accréditation s'inscrit dans un mouvement général d'informatisation du dossier individuel du dispensateur de soins qui inclut la gestion en ligne des données d'identification financières et fiscales.

 Via le site Internet de l'INAMI, les dispensateurs de soins ont accès à diverses fonctionnalités en fonction de leur statut. Un aperçu de toutes les fonctionnalités offertes par cette application est téléchargeable via le site (*Dispensateurs de soins individuels > médecins/dentistes > Accréditation > Accréditation online*).

Le catalogue des activités de formation continue constitue la partie non sécurisée de l'application : elle est accessible à toute personne fréquentant le site Internet de l'INAMI :

 (*Dispensateurs de soins individuels > médecins/dentistes > Accréditation > Accréditation online > Rechercher des activités*).

1. Les modules accessibles à tous les dispensateurs accrédités, médecins, pharmaciens biologistes et praticiens de l'art dentaire, sont :

- la consultation du catalogue de recherche reprenant toutes les activités de formation continue (qui est accessible à tout visiteur du site Internet de l'INAMI)
- le suivi du statut des demandes de reconnaissance pour ces activités.

Dans la partie sécurisée de l'application, que l'on atteint via un login et un mot de passe (*Accréditation online > Se connecter*), l'accès à l'un ou l'autre module dépend du statut de l'utilisateur.

2. Les modules accessibles aux médecins et aux pharmaciens biologistes sont :

- la consultation en ligne de son dossier d'accréditation : participations enregistrées aux activités de formation continue et aux sessions de GLEM
- l'introduction des demandes de reconnaissance des activités suivies à l'étranger et des publications.

3. Les fonctionnalités supplémentaires destinées aux responsables de formation continue dans le cadre de l'accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes sont :

a. Pour les organisateurs d'activités de formation continue :

- l'introduction de la demande de reconnaissance pour des activités de formation continue en Belgique et pour des modules de formation à distance (e-learning)
- l'enregistrement des données de participation aux activités de formation continue agréées (pour les formations en Belgique), soit par lot (mode "batch") soit une par une. Depuis le 1^{er} janvier 2012, l'enregistrement des participations aux activités de formation continue pour les médecins et les pharmaciens biologistes doit se faire obligatoirement par voie électronique pour les activités qui se déroulent à partir du 1^{er} janvier 2012. Les listes de présences sur papier ne seront plus acceptées pour les activités ayant eu lieu à partir de cette date.

b. Pour les responsables de GLEM :

- la gestion de la composition du GLEM
- la gestion des sessions du GLEM : enregistrement des participations aux sessions de peer-review par le responsable. Suivant les règles de l'accréditation, cet enregistrement doit se faire obligatoirement par voie électronique.

4. Les fonctionnalités offertes aux responsables de formation et de session de peer-review dans le cadre de l'accréditation en dentisterie :

- l'enregistrement des données de participation aux activités de formation complémentaire et aux sessions de peer-review : en mode "batch" ou en mode "une par une".

Certaines fonctionnalités qui n'étaient pas obligatoires précédemment le sont devenues mais étaient déjà utilisées par une partie des responsables de formation. Il s'agit notamment de l'enregistrement des participations aux activités de formation continue dans le cadre de l'accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes.

Consultation en ligne de son dossier d'accréditation

Les dispensateurs individuels qui suivent leur dossier en ligne auront bientôt à leur disposition une image fidèle et en temps réel de leur dossier puisque progressivement toutes les participations à quelque formation que ce soit seront enregistrées directement en ligne par l'organisateur de la formation. Actuellement, même si les informations ne sont pas encore exhaustives, un médecin ou un pharmacien biologiste peut déjà avoir une vue d'ensemble de son dossier d'accréditation sur l'application en ligne.

Si l'on prend l'exemple d'un médecin, son dossier online contient, par date, par type d'activité, par organisateur et par numéro d'agrément, la liste de toutes les activités de formation continue auxquelles il a participé : GLEM, formations en éthique et économie, réunions nationales et internationales.

Une grille récapitulative donne un résumé du dossier et totalise les points obtenus pour chaque rubrique et pour chaque année de la période d'accréditation. Un détail des activités comptabilisées peut être affiché en cliquant sur les cases où figure un nombre de points. Cette grille, complétée par des données issues des attestations envoyées par courrier, est utilisée par le groupe de travail "petit GDA" pour présenter les dossiers "litigieux" dans le cadre de l'accréditation individuelle des médecins et des pharmaciens biologistes. Les données de participation aux activités sont disponibles pour la période d'accréditation en cours et également pour toute autre période. L'application permet par exemple de calculer le nombre de Credit Points obtenus pour une période déterminée, que celle-ci corresponde ou non à une période d'accréditation. L'utilisateur a le choix de spécifier ou non la rubrique choisie. La recherche peut se faire également sur le numéro d'enregistrement d'une activité, qui est attribué dès qu'un organisateur a introduit une demande pour une activité. Il est utile de souligner que la grille récapitulative donne clairement, à côté de la période d'accréditation en cours, la période de référence pendant laquelle les activités sont valorisées en C.P.

En effet, on sait qu'il y a un décalage de deux mois entre la période d'accréditation et la période durant laquelle les activités sont comptabilisées. Par exemple, pour une période d'accréditation du 1^{er} novembre 2008 au 31 octobre 2011, seront prises en compte les activités qui se sont déroulées entre le 1^{er} septembre 2008 et le 31 août 2011. La grille spécifie clairement, pour chaque année de la période d'accréditation, les dates butoir entre lesquelles les activités sont valables.

En consultant son dossier électronique, le médecin ou le pharmacien-biologiste pourra contrôler lui-même la valorisation de ses activités et de ses réunions de GLEM. Il peut aussi vérifier si le responsable de son GLEM a bien enregistré sa participation à une réunion. Il peut évaluer ce qu'il lui reste à acquérir pour telle ou telle rubrique ou sur telle ou telle période de référence.

La consultation régulière de son dossier en ligne peut éviter au médecin ou au pharmacien-biologiste les désagréments causés par une méconnaissance de sa période réelle d'accréditation ou par une évaluation trop approximative des points obtenus pour la participation à telle ou telle activité.

Du point de vue du service, l'application en ligne permet de rendre plus difficiles certaines fraudes, comme les attestations papier aisément falsifiables, les listes de présence douteuses, le don d'ubiquité dont font preuve certains dispensateurs de soins peu scrupuleux.

Le Groupe de direction de l'accréditation et après lui la Commission d'Appel ont à faire face à de nombreux dossiers pour lesquels les médecins remettent en question soit la période de référence pendant laquelle les activités sont valorisées soit le nombre de points obtenus pour telle ou telle activité ou dans telle ou telle rubrique.

Il est fort probable et souhaitable que l'informatisation progressive des dossiers d'accréditation conjuguée à un rappel clair et insistant sur les règles de l'accréditation permettra de réduire le nombre de dossiers litigieux qui passent au Groupe de direction de l'accréditation et à la Commission d'Appel.

Catalogue de recherche des activités de formation continue et des sessions de GLEM

Cette fonctionnalité très utile permet au dispensateur d'obtenir des renseignements sur les activités qui entrent dans le cadre de l'accréditation et qui ont reçu leur agrément ou ont fait l'objet d'une demande : l'utilisateur de ce module peut rechercher une activité sur base d'un certain nombre de critères : date, lieu, rubrique, nom ou numéro de l'organisateur, mot-clé du thème, numéro de l'activité, statut de la demande, etc.⁸

En ce qui concerne les GLEM, la partie sécurisée de l'application permet également de trouver tous les renseignements nécessaires et ceci à nouveau sur base de différents critères : nom du responsable, numéro du GLEM, spécialité, nom des participants, date, sujet, etc.

4. Évaluation de l'accréditation

a. Évaluation sur le plan administratif et "quantitatif"

L'accréditation est un processus très complexe.

Cependant, il apparaît relativement aisé de décrire et d'évaluer l'accréditation sur le plan du suivi administratif des dossiers et de proposer des solutions pour améliorer le système tant du point de vue des prestataires que de celui des agents qui traitent les dossiers, notamment par le biais de l'informatisation.

Le système de l'accréditation est soumis à des règles de fonctionnement strictes qui imposent des conditions bien définies aux dispensateurs de soins qui souhaitent y participer. Le nombre d'heures de formation et par conséquent de points à obtenir est clairement établi pour chaque rubrique, pour chaque type d'activité (peer-review, atelier workshop, modules d'e-learning, publications etc.) et pour chaque période de référence. On peut aisément déterminer si un médecin ou un dentiste a bien participé à la formation continue dans tel ou tel domaine de formation et pour telle ou telle année de sa période d'accréditation, en faisant un comptage individuel des points obtenus : nombre d'heures de participation, nombre de réunions etc.

Une évaluation quantitative des dossiers individuels de formation continue est donc effectuée de manière permanente et est d'ailleurs nécessaire pour vérifier la conformité du dossier et garantir la légitimité du système. Du côté des cours, cette évaluation quantitative est également présente : date, lieu, nombre d'heures.

Grâce à l'application informatique, accessible tant aux prestataires individuels qu'aux organisateurs de formation continue et au personnel de l'INAMI, cette évaluation quantitative des dossiers individuels et des cours est de plus en plus visible.

Difficultés rencontrées dans la gestion des dossiers des médecins accrédités

Cependant, en particulier dans le cadre de l'accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes, la complexité du processus fait en sorte qu'il n'est pas toujours aisé pour un médecin ou un pharmacien biologiste de savoir exactement où en est son dossier et pour quelle période d'accréditation les formations qu'il est en train de suivre seront valorisées.

Le service est en effet régulièrement confronté à la contestation de médecins qui prétendent de bonne foi respecter les règles de l'accréditation.

8. Rappelons que ce module est accessible de manière libre à tout visiteur du site Internet de l'INAMI.


Celles-ci stipulent qu'il faut obtenir 20 C.P. pour chaque année de sa période d'accréditation et 60 C.P. au total⁹ : "Pendant une période de référence de 12 mois, le médecin généraliste doit obtenir 20 C.P. Dans les 20 C.P. doivent être obligatoirement acquis 3 C.P. en rubrique "éthique et économie" et deux participations au GLEM", plus loin "Le médecin doit avoir comptabilisé 60 C.P. répartis équitablement pendant les 3 années."

Certains médecins pensent à tort qu'on peut étaler les 60 C.P. sur les trois ans de manière plus ou moins équilibrée.

La période de référence pour l'accréditation

Une autre difficulté provient de la période de référence pour l'accréditation des médecins.

La période prise en considération pour le calcul des points d'accréditation (Credit Points ou C.P.) est décalée de deux mois par rapport à la période "officielle" de l'accréditation, celle qui figure sur le dossier (papier et online).

 un médecin pour lequel la nouvelle période d'accréditation de trois ans commence le 1^{er} septembre 2008 pour se terminer le 31 août 2011. La période prise en considération pour ses formations débute en réalité le 1^{er} juillet 2008 et, par conséquent, seules seront comptabilisées les activités qui ont eu lieu entre le 1^{er} juillet 2008 et le 30 juin 2011, bien que le médecin bénéficie des avantages de l'accréditation jusqu'au 31 août inclus.

La raison de ce décalage est administrative. Il s'agit de donner au Groupe de direction et aux agents de la section Accréditation de l'INAMI le temps de vérifier le dossier en préparation du Groupe de direction de l'accréditation et à celui-ci de se prononcer sur une nouvelle accréditation pour le médecin concerné. Les réunions du GDA ont lieu généralement le 3^e mercredi du mois (entre le 15 et le 21). Le GDA se prononce sur les dossiers venant à échéance en fin de mois. Ce décalage est donc nécessaire pour des raisons administratives. En effet, il n'est pas possible au GDA de se prononcer sur un dossier pour lequel le médecin suit encore une formation entre la date de la réunion et la fin du mois.

Beaucoup de médecins contestent le fait qu'ils ne puissent pas comptabiliser des activités qu'ils ont suivies (preuves à l'appui) au cours des deux derniers mois de leur période d'accréditation.

Cette condition est stipulée clairement dans les conditions d'accréditation. De plus, ces formations ne sont pas perdues puisqu'elles sont comptabilisées pour la période d'accréditation suivante.

Certains de ces problèmes seront en partie résolus par l'introduction systématique de toutes les données de participation aux activités via l'application online.

Augmentation du nombre de dossiers litigieux traités par le GDA

Les dossiers litigieux arrivent au Groupe de Direction de l'Accréditation après avoir été examinés par le groupe de travail ("petit GDA"). On constate que ces dossiers sont de plus en plus nombreux.

9. Voir les conditions d'accréditation sur le site Internet de l'INAMI : Médecins > Accréditation individuelle > Conditions d'accréditation.

Rien que pour l'année 2011, on observe une progression importante, en particulier pour les derniers mois de l'année :

Mois du GDA (m) :	Dossiers OK (m+1)	Demandes non rentrées	Dossiers petit GDA	Nb théorique	Nb accrédités
Janvier	463	41	53	557	429
Février	355	32	40	427	404
Mars	2 231	120	67	2 418	2 270
Avril	1 567	58	56	1 681	1 589
Mai	1 151	72	58	1 281	1 171
Juin	1 303	104	61	1 468	1 329
Juillet	394	28	47	469	404
Août	141	11		152	209
Septembre	2 239	180	98	2 517	2 297
Octobre	2 429	?	113	2 542	2 590
Novembre	1 514	113	99	1 726	1 554
Décembre	1 229	93	97	1 419	1 274
Total 2011	15 016	852	789	16 657	16 031
Pourcentages	90,15 %	5,11 %	4,74 %		96,24 %

Le “ nombre théorique ” de dossiers pour un mois donné est la somme des dossiers rentrés (“ dossiers OK ”), des demandes non rentrées et des dossiers traités par le groupe de travail. C’est approximativement¹⁰ le nombre de dossiers qui devraient être accrédités au 1^{er} du mois qui suit la réunion du Groupe de direction. Ce nombre est à comparer au “ nombre d’accrédités ” qui est le nombre réel de dossiers acceptés pour le 1^{er} du mois qui suit le mois du GDA.

La dernière ligne du tableau donne quelques pourcentages : 90 % des dossiers sont rentrés à temps et répondent aux conditions pour être accrédités, pour 5 à 6 % des dossiers, la demande n’a pas été rentrée à temps et près de 5 % des dossiers sont traités par le groupe de travail.

Si l’augmentation des dossiers à traiter par le groupe de travail est réelle et pose question, on peut se réjouir de la proportion importante de dossiers qui sont en ordre et rentrés dans les délais (90 %). Notons également que le nombre de demandes non rentrées est supérieur en moyenne au nombre de dossiers litigieux.

Le nombre de dossiers traités par la Commission d’Appel est lui aussi en constante augmentation.

On peut suggérer plusieurs explications à cette progression du nombre de dossiers litigieux :

- la complexité du système entraîne une mauvaise interprétation des règles et conditions
- avec le temps (l’accréditation existe depuis plus de 15 ans), le médecin est parfois un peu moins rigoureux dans la tenue de son dossier individuel : distraction, surcharge de travail, etc.
- il y a une diminution de la motivation pour la formation continue et il y a plus de contestation des règles de l’accréditation.

10. Certains dossiers traités par le GDA concernent des dossiers en retard d'un ou de plusieurs mois et qui auraient dû être accrédités à une date antérieure.

b. Évaluation qualitative

Une évaluation qualitative du processus de l'accréditation est plus difficile à réaliser. Il existe actuellement peu d'outils pour évaluer la pertinence et la qualité du contenu des cours, la compétence des orateurs pour les sessions de formation, la qualité des échanges dans les peer-review, et encore moins pour apprécier l'impact de ces formations sur la pratique médicale.

Les cours sont bien entendu soumis à l'appréciation des commissions et des comités paritaires dont les membres sont des professionnels de la discipline concernée. Si ces membres font preuve de sérieux dans leur jugement des sessions de formation et sont très attentifs notamment à ne pas laisser passer des cours à caractère commercial, l'intitulé d'un cours ou le nom d'un professeur ne constitue pas en soi une garantie de qualité et les cours sont normalement approuvés ou refusés avant d'avoir eu lieu.

Depuis l'instauration du système de l'accréditation, plusieurs actions ont été menées pour tenter de faire un bilan de ce système.

Dans cet esprit, le Groupe de direction a organisé en 2003 une enquête écrite auprès des GLEM. Cette enquête avait pour but de faire le point sur le système de l'accréditation après dix ans d'existence. Certaines questions concernaient spécifiquement le fonctionnement des GLEM, mais d'autres avaient trait à l'accréditation et à ses effets en général ainsi qu'aux conditions d'accréditation individuelle.

Ce questionnaire a été envoyé à tous les responsables de GLEM. Le taux de participation a été très élevé (plus de 75 %) et les réponses ont été rédigées sur base d'un consensus au sein du GLEM concerné.

Les résultats de cette enquête apportent des enseignements intéressants : le contenu de la formation continue s'est amélioré et les médecins ont participé davantage à des activités de formation continue depuis l'instauration de l'accréditation.

Une question concernait l'influence de l'accréditation sur les actes médicaux journaliers du médecin. Cinq éléments étaient proposés comme pouvant avoir une influence positive sur la qualité des actes médicaux :

- un niveau de connaissance accru dans le chef du médecin (55 % de oui)
- une évaluation intercollégiale (64,5 %)
- une concertation régulière au sein de la discipline ou entre les médecins de différentes disciplines (66 %)
- une dispense de soins plus efficace du point de vue des coûts (plus de 55 % pour les généralistes, autour de 30 % pour les spécialistes)
- autres effets de l'accréditation.

En conclusion, cette enquête montre l'impact globalement positif de l'accréditation aux yeux des médecins. Il s'agit d'une forme d'évaluation du système par les intéressés eux-mêmes.

Une autre étude a été réalisée en 2006 auprès des responsables de GLEM. Celle-ci concernait plus spécifiquement le fonctionnement des GLEM : nombre de réunions, nombre de participants, sujets abordés, etc. Parmi les conclusions de cette enquête ressortait l'idée que, pour pouvoir faire une évaluation du contenu d'une réunion de GLEM, la réalisation d'un rapport d'activité structuré était nécessaire.

Si les résultats de ces enquêtes apportent des éléments pour évaluer le système de l'accréditation dans son ensemble, il n'existe pas actuellement d'évaluation systématique des activités de formation et des GLEM dans le système de l'accréditation des médecins.

Dans le système de l'accréditation des dentistes, il est demandé aux participants de faire une évaluation des formations suivies. D'une part, tout dentiste qui participe à une activité de formation en Belgique doit à l'issue de celle-ci remplir une grille d'évaluation dans laquelle il cote le contenu, la présentation et l'organisation de la formation.

D'autre part, pour toute activité de formation suivie à l'étranger et pour laquelle il a demandé l'accréditation, le dentiste doit faire parvenir au Groupe de direction un compte-rendu dactylographié à l'issue de la session. Ce rapport est examiné par la Commission d'évaluation qui se prononce sur la valorisation de cette activité pour l'intéressé. Si un autre dentiste prend part à la même formation, il doit également rédiger un rapport qui sera évalué par la Commission d'évaluation.

L'absence d'une évaluation systématique de l'accréditation est à mettre également en relation avec le caractère volontaire de l'accréditation. Le système de l'accréditation n'est pas contraignant et le fait ou non d'être accrédité n'a actuellement aucun impact sur le maintien de l'agrément des dispensateurs.

Cette situation est en train de changer, du moins pour les médecins généralistes, suite à une nouvelle réglementation relative au maintien de l'agrément : pour conserver leur agrément, les médecins généralistes devront désormais satisfaire à un certain nombre de conditions, notamment participer à un système de formation continue. Le système de l'accréditation des médecins fait office de référence pour cette évaluation.

Cette nouvelle réglementation, qui suppose un contrôle de la part du SPF Santé Publique, rendra peut-être nécessaire un système d'évaluation des formations suivies, et donc une évaluation qualitative de l'accréditation.

5. Pistes de solutions

a. Pour améliorer la compréhension du système : mieux communiquer

D'un point de vue pratique, on a vu que le système de l'accréditation était très complexe. En laissant le bénéfice du doute aux dispensateurs de soins, on peut reconnaître que certaines méprises peuvent apparaître dans l'interprétation de la répartition des points sur les différentes périodes et dans les différentes rubriques. C'est surtout le cas dans le cadre de l'accréditation des médecins.

Pour diminuer les problèmes liés à la compréhension de ce système et au respect des règles qui le régissent, il serait utile, si les moyens humains et financiers du service le permettent, d'améliorer la communication relative à l'accréditation.

- Sur le site Internet de l'INAMI par une réorganisation du module consacré à l'accréditation avec au minimum une présentation sommaire contenant une définition de l'accréditation. Cette définition apparaîtrait dès l'entrée de l'utilisateur dans la partie " Accréditation ". L'utilisateur aurait le choix ensuite entre plusieurs possibilités (conditions, accréditation online, etc.)
Actuellement, l'application apparaît un peu sévère et peu conviviale et l'utilisateur est tout de suite renvoyé vers l'un ou l'autre module relatif à l'accréditation sans avoir pu consulter une définition de l'accréditation
- La mise à disposition d'un "vade mecum" de l'accréditation, un guide de l'utilisateur disponible également sur le site en version PDF.

Ces deux outils auraient pour effet de rendre plus clair le processus de l'accréditation, d'encourager les dispensateurs à consulter leur dossier en ligne et de faciliter l'utilisation de toutes les fonctionnalités de cette application.

Deux guides seraient disponibles, l'un destiné aux médecins et aux pharmaciens-biologistes, l'autre aux praticiens de l'art dentaire. Chaque document serait disponible en ligne (en version PDF en néerlandais et en français). A titre d'exemple, le document pour les médecins se présenterait comme suit :

- un rappel clair des règles en vigueur en insistant sur les conditions d'accréditation et sur les informations qui jusqu'ici ont pu prêter à confusion. Par exemple pour les médecins : 20 C.P. obligatoirement par an, dont 3 C.P. en éthique et économie et 2 participations à son GLEM
- une description de l'ensemble du processus de l'accréditation sous la forme d'un guide de l'utilisateur de l'application en ligne pour le dispensateur qui souhaite uniquement consulter son dossier en ligne, consulter le catalogue de recherche ou introduire des demandes de reconnaissance pour des activités à l'étranger. Ce guide décrirait la marche à suivre avec des exemples et des captures d'écran
- un guide plus spécifique destiné aux organisateurs de formation continue et aux responsables de GLEM mais accessible également aux dispensateurs. Ce document contiendrait les informations nécessaires à l'organisateur pour introduire les données de participation en ligne aux formations et aux sessions de GLEM et les demandes de reconnaissance des activités.

Ce document pourrait être rédigé au départ de la présente étude et présenté avec des schémas, des graphiques, des captures d'écran, pour expliquer de manière claire et compréhensive tout le processus et tout le cheminement d'un dossier d'accréditation. Au début du document figurerait la demande lors de l'agrément d'un jeune médecin et en fin de document l'accréditation d'un médecin en fin de carrière.

Le texte pourrait reprendre des exemples choisis de dossiers particuliers qui posent l'un ou l'autre problème en expliquant leur cheminement (dossiers fictifs mais inspirés de situations bien réelles).

b. Pour diminuer le nombre d'erreurs, de doubles emplois et de fraudes

La généralisation de l'informatisation des données liées à l'accréditation réduira inmanquablement le nombre d'erreurs et de fraudes. Il n'y aurait plus la possibilité de remettre de fausses attestations de présence, des recoupements seraient effectués régulièrement, comme c'est déjà le cas actuellement. On éliminerait ainsi les doubles emplois : participation d'un médecin à deux formations en même temps, demande de valorisation d'une activité à la fois comme formation et comme réunion de GLEM, etc.

c. Pour diminuer le nombre de dossiers litigieux à traiter par le Groupe de direction : déléguer

L'objectif des mesures présentées ci-dessus est d'augmenter la lisibilité et la compréhension du système de l'accréditation. Elles devraient vraisemblablement diminuer le nombre de cas problématiques.

Selon les règles de l'accréditation, le Groupe de Direction délègue à l'équipe Accréditation la compétence pour accréditer les dispensateurs dont le dossier est en ordre. De plus, l'équipe propose d'accorder l'accréditation à de nombreux dispensateurs dont le dossier contient encore des manquements considérés comme mineurs. Si tel n'était pas le cas, le nombre de dossiers litigieux à traiter par le Groupe de direction serait encore plus important.

Vu l'expérience et la compétence des membres de l'équipe Accréditation, le Groupe de direction de l'accréditation pourrait confier à cette équipe le soin de prendre elle-même la décision pour des dossiers litigieux qui ne nécessitent pas un examen par le Groupe de direction, par exemple pour des dossiers relativement clairs avec certificat médical. Le Groupe de direction ne traiterai plus que les dossiers réellement problématiques et qui nécessitent un vote en commission.

d. Pour développer l'évaluation qualitative de l'accréditation

La mission d'évaluer les cours est du ressort des comités paritaires et du Groupe de direction dans le système d'accréditation des médecins et de la Commission d'évaluation et du Groupe de direction chez les dentistes. C'est à ces différentes commissions qu'il faudrait donner les moyens de faire une évaluation qualitative des formations.

Pour évaluer le contenu des programmes de formation " sur pièce ", au moment d'accorder ou non l'accréditation à un cours, il serait utile que les membres des commissions qui effectuent ce travail aient accès à Internet pour pouvoir effectuer des recherches sur l'organisateur et éventuellement sur la formation.

Pour évaluer les activités de formation au moment où elles se passent, le Groupe de direction de l'accréditation pourrait, sur base d'un échantillonnage, faire des visites de contrôle de ces activités.

En matière d'évaluation individuelle de la formation par le participant, deux outils peuvent être envisagés, tant dans le cadre de l'accréditation des médecins que dans celui des dentistes :

- un court rapport rédigé par le participant à l'issue d'une activité de formation sur le modèle du rapport exigé pour les formations du dentiste organisées à l'étranger. À l'heure de l'informatisation de l'accréditation, on n'exigerait plus un document sur support papier mais un rapport transmis par voie électronique
- un formulaire d'évaluation structuré à compléter, de préférence par voie électronique, à l'issue de toute activité de formation et de session de peer-review. Un projet de formulaire de ce type a déjà été élaboré par le CNPQ dans le but de permettre aux responsables de GLEM d'évaluer leur groupe. Un formulaire adapté à une évaluation individuelle ou à d'autres types d'activités de formation pourrait être réalisé.

À côté de l'évaluation de la formation par le participant, ce module pourrait également inclure un test de connaissances sur la formation suivie.

Conclusion

Le système d'accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes et celui des praticiens de l'art dentaire existent depuis plus de quinze ans.

En Belgique, la particularité de ces deux systèmes réside dans la participation volontaire des praticiens à chacun de ces processus et dans l'octroi d'un apport financier appréciable.

Les observations et les évaluations dont a fait l'objet l'accréditation montrent que ces processus fonctionnent bien dans l'ensemble : le nombre de praticiens qui sont accrédités reste stable pour les médecins et progresse pour les dentistes. Les enquêtes d'évaluation effectuées auprès des intéressés donnent une image globalement positive de l'accréditation.

Mais des problèmes subsistent. Son coût tant financier qu'en ressources humaines est élevé et il est difficile actuellement d'évaluer la qualité des formations et leurs effets réels sur la pratique des prestataires de soins.

La question se pose de savoir s'il faut maintenir le système en l'état, y apporter des aménagements ou le modifier radicalement. Mais même si le processus est maintenu, on ne fera pas l'économie d'une évaluation systématique et en profondeur des activités de formation et des sessions de peer-review.

L'accréditation suit un double mouvement : l'informatisation et l'internationalisation des processus de formation continue.

L'informatisation apporte de jour en jour de nouvelles applications qui vont dans le sens d'une simplification des procédures et d'une meilleure gestion des dossiers et des processus.

L'internationalisation de l'accréditation élargit l'éventail des formations offertes. Pour évaluer l'accréditation en Belgique, une étape suivante pourrait être de faire un état des lieux des systèmes d'accréditation qui existent dans d'autres pays et de les confronter à notre système. Cette comparaison pourrait apporter des pistes pour améliorer l'accréditation en Belgique tout en conservant ses aspects positifs et la base de concertation sur laquelle elle est construite.

Bibliographie

- Accréditation : bilan et perspectives – Numéro spécial du Magazine des GLEM – mars 2011 (pp. 10 à 34)
- Rapport des résultats de l'enquête écrite menée auprès des GLEM et relative à l'évaluation de l'accréditation en tant que système – Annexe 3 du PV de la réunion du 16 juin 2004 du Groupe de direction de l'accréditation
- Infobox INAMI - La réglementation décryptée pour le médecin généraliste - INAMI août 2009
- Infobox INAMI - La réglementation décryptée pour le médecin spécialiste - INAMI septembre 2008
- Site Internet de l'INAMI : applications relatives à l'accréditation individuelle des dispensateurs de soins :

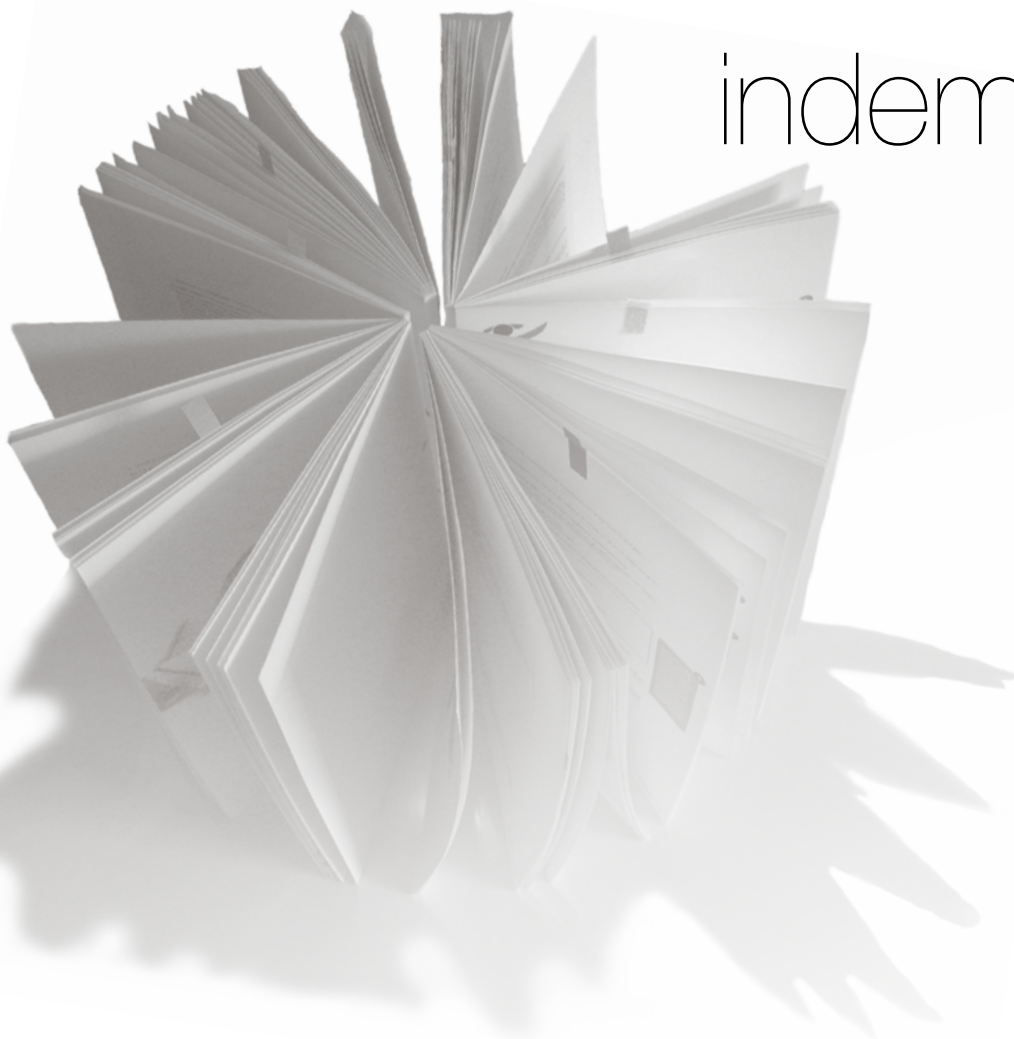


<http://inami.fgov.be/care/fr/doctors/accreditation/individual-accreditation/index.htm>
<http://inami.fgov.be/care/fr/dentists/accreditation/2012/index.htm>

- Site Internet de l'INAMI : Accord national médico-mutualiste 2012 du 23 décembre 2011 : <http://inami.fgov.be/care/fr/doctors/general-information/agreements/2012/pdf/2012.pdf>

2^e Partie

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



3^e trimestre 2011

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Financement des maisons de repos

Le financement de l'harmonisation salariale du personnel hors norme ainsi que de la logistique du personnel administratif des maisons de repos sont modifiés à trois niveaux :¹

- Le financement des prestations inconfortables est également inclus dans les montants payés aux institutions
- Sont exclus du troisième volet : les membres du personnel qui sont d'ores et déjà financés dans le cadre du financement des soins alternatifs et du soutien aux soins à des personnes âgées fragiles ou dans le cadre de conventions conclues en application de l'article 22 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ainsi que les kinésithérapeutes dont le nombre d'heures est facturé par acte selon la nomenclature
- Les membres du personnel qui tombent sous l'application du "maribel fiscal" ne sont pas pris en compte dans l'établissement du plafond de 24 882 équivalents temps plein.

2. Récupération de la prime syndicale

Un accord social a été conclu, le 4 juillet 1991, au sein du secteur des soins de santé, en vue d'améliorer le statut du personnel des institutions de soins.

Dans cet accord, le gouvernement s'engageait à augmenter les forfaits octroyés par l'INAMI aux institutions de soins, afin de permettre la concrétisation de certains objectifs. Parmi ceux-ci figurait notamment l'octroi d'une prime syndicale à partir du 1^{er} janvier 1992.

La réglementation faisant l'objet d'une procédure judiciaire, les montants de la prime syndicale (s'élevant à l'époque encore à 2 BEF) octroyés pour les années 1992 à 1995, ont été versés à la Caisse de dépôt et de consignation. La preuve de ce versement devait être fournie à l'INAMI. Par la suite, cette possibilité a été étendue de 1996 à 2002.

Afin que les sommes données en dépôt à la Caisse de dépôt et de consignation puissent être dégagées et reversées à l'INAMI, des dispositions ont été insérées dans la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, lesquelles stipulent que le Roi peut fixer les conditions utiles à cet effet.²

Ces conditions sont fixées par un arrêté royal dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 6 août 2011.³

1. A.R. du 28.06.2011 modifiant l'A.R. du 17.08.2007 pris en exécution des art. 57 et 59 de la loi-programme du 02.01.2001 concernant l'harmonisation des barèmes et l'augmentation des rémunérations dans certaines institutions de soins, M.B. du 08.07.2011 (Éd. 2), p. 40605.

2. Voir B.I. 2009/1, p. 32, Loi du 19.12.2008 portant des dispositions diverses, M.B. du 31.12.2008 (Éd. 3), art. 54.

3. A.R. du 06.07.2011 d'exécution de l'art. 54 de la loi du 19.12.2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, relatif à la récupération d'une prime syndicale, M.B. du 27.07.2011, p. 43399.

L'INAMI verse, en outre, une intervention unique au Fonds syndical non-marchand en vue du paiement d'une prime syndicale pour le secteur des hôpitaux (intervention correspondant à peu près à la moitié des montants à récupérer auprès de la Caisse de dépôt et de consignation).⁴

3. Statut du médecin-conseil : accréditation

À partir du 1^{er} janvier 2009, une série de mesures sont entrées en vigueur visant à revaloriser le statut pécuniaire des médecins-conseils ainsi qu'à renforcer leur compétence professionnelle de par la mise en place d'un système d'accréditation.⁵

- Ce système d'accréditation repose sur l'actualisation des connaissances professionnelles par des programmes de formation continue. Les nouvelles dispositions prévoient également d'octroyer aux médecins-conseils engagés par les organismes assureurs un forfait fixé à 2 800 EUR par an.

La politique de rémunération des médecins-conseils est modifiée à partir du 1^{er} janvier 2010. On prévoit une augmentation des barèmes, un nouveau plan de pension, l'octroi d'un treizième mois (à partir du 01.01.2009) ainsi que le versement d'une prime unique (à partir du 01.01.2008).⁶

4. Budget des moyens financiers pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques

Chaque année, le budget global des moyens financiers octroyés pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques est fixé par arrêté royal. Le budget global prévu pour les spécialités est fixé à 4 028,045 millions d'EUR pour l'année 2011.⁷

5. Règlement d'ordre intérieur du Comité de l'assurance

Le règlement d'ordre intérieur du Comité de l'assurance sera modifié à partir du 6 octobre 2011.⁸ Les modifications concernent principalement une actualisation du texte qui devrait permettre une mise en conformité avec les principes actuels de la réglementation. Par ailleurs, une adaptation sera également effectuée en vue de formaliser la mise en service de l'application Concerto. Dorénavant, l'ensemble des documents relatifs à l'ordre du jour et aux différents points inscrits à l'ordre du jour des séances du Comité de l'assurance ne seront mis à disposition des membres que de manière informatisée. Les membres qui en font la demande expresse, peuvent néanmoins recevoir leurs documents sur support papier.

4. A.R. du 06.07.2011 modifiant l'A.R. du 26.03.2003 portant exécution de l'art. 59^{ter} de la loi-programme du 02.01.2001 en ce qui concerne la contribution relative à la prime syndicale, M.B. du 27.07.2011, p. 43401.

5. A.R. du 11.06.2011 portant exécution de l'art. 154, al. 6, de la loi SSI, M.B. du 28.07.2011, p. 43615.

6. A.R. du 11.06.2011 modifiant l'A.R. n° 35 du 20.07.1967 portant le statut et le barème des médecins-conseils chargés d'assurer auprès des O.A. le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi SSI, M.B. du 28.07.2011, p. 43619.

7. A.R. du 31.08.2011 fixant le budget global en 2011 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 12.09.2011 (Éd. 3), p. 58942 et l'erratum, M.B. du 15.09.2011, p. 59814.

8. A.R. du 12.09.2011 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI, M.B. du 26.09.2011, p. 60966.

6. Cotisation soins de santé

Afin que cette revalorisation des pensions ne soit pas absorbée, en tout ou en partie, par la cotisation soins de santé sur les pensions, les montants planchers des pensions ont été relevés de 2 % pour ce qui concerne les retenues soins de santé.⁹

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Conventions Centres de référence sida

Le Comité de l'assurance peut conclure des conventions avec les Centres de référence sida afin d'assurer la prise en charge du traitement prophylactique des patients exposés accidentellement au virus de l'immunodéficience humaine, dont les coûts ne sont pas supportés par l'assurance accident de travail, ni par le Fonds des maladies professionnelles ni par une autre assurance en Belgique ou à l'étranger. L'arrêté royal contenant cette disposition est prorogé jusqu'au 31 décembre 2011 et le montant maximum de l'intervention sera indexé.¹⁰

b. Adaptation au bien-être

Le plafond servant de référence pour les revenus du ménage applicable dans le cadre de l'ouverture du droit au statut OMNIO est adapté à l'indice bien-être. Ce dernier est augmenté de 0,7 % au 1^{er} septembre 2011 et de 1,3 % à partir du 1^{er} janvier 2012.¹¹

2. Dispensateurs de soins

a. Médecins

Le montant des avantages sociaux octroyés aux médecins ayant adhéré à l'Accord national est fixé à 4 199,14 EUR pour l'année 2011. Pour les médecins n'ayant adhéré qu'en partie à l'Accord, ce montant s'élève à 2 065,28 EUR.

Les dérogations aux taux honoraires s'appliquent :

- en ce qui concerne les médecins généralistes : uniquement pour les consultations, rendez-vous et prestations en cabinet, durant un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues. Le reste de la pratique représente au moins les trois quarts du total de la pratique

9. A.R. du 06.07.2011 portant exécution de l'art. 191, al. 1^{er}, 7^o, al. 2, de la loi SSI, M.B. du 19.07.2011, p. 42704.

10. A.R. du 27.07.2011 modifiant l'A.R. du 09.06.2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'art. 56, § 2, al. 1^{er}, 2^o, de la loi SSI, pour le traitement prophylactique en cas d'exposition non-professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine ou d'exposition professionnelle non prise en charge par l'assurance accident de travail, ni par le fonds des maladies professionnelles ni par une autre assurance en Belgique ou à l'étranger, M.B. du 18.08.2011, p. 47605.

11. A.R. du 13.08.2011 adaptant le plafond de l'intervention majorée de l'assurance à l'évolution du bien-être, M.B. du 24.08.2011 (Éd. 2), p. 54430.

- en ce qui concerne les médecins spécialistes : pour toute prestation uniquement aux patients ambulants (patients non hospitalisés et hors hôpital de jour ou forfait), durant un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues. La moitié de toutes les prestations aux patients ambulants doit être effectuée aux taux d'honoraires fixés.

Le montant de la pension de retraite est fixé, pour 2011, à 5 153 EUR ; celui de la pension de survie est fixé à 4 294,28 EUR.¹²

b. Praticiens de l'art dentaire

L'arrêté royal du 19 juillet 2011 fixe la cotisation annuelle pour instituer un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art dentaire à 2 086,89 EUR pour l'année 2011.¹³ Il s'agit du montant convenu dans le cadre de l'accord national dento-mutualiste 2011-2012.¹⁴

c. Centres de soins de jour

À partir du 1^{er} juillet 2011, une série de mesures sont entrées en vigueur visant à améliorer l'encadrement des personnes démentes et, plus particulièrement, dans les centres de soins de jour.¹⁵ Il s'agit des dispositions suivantes :

- Adaptation des normes afin de pouvoir accueillir un nombre plus important de patients déments : le nombre de praticiens de l'art infirmier est limité au profit d'un plus grand nombre de membres du personnel de réactivation
- Le montant du forfait est adapté en conséquence
- À l'instar de ce qui est d'ores et déjà applicable dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, il est fait preuve d'une certaine souplesse en cas de pénurie de personnel dans une spécialisation
- Harmonisation de la sanction infligée en cas de transmission tardive des données avec la sanction déjà applicable dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées.

12. A.R. du 19.07.2011 fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2011 pour certains médecins par le Service des soins de santé de l'INAMI et adaptant les montants de base des pensions de retraite et de survie visés par l'A.R. du 06.03.2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins, M.B. du 01.08.2011, p. 43896.

13. A.R. du 19.07.2011 fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2011 par le Service des soins de santé de l'INAMI telle qu'elle est prévue par l'A.R. du 17.08.2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art dentaire, M.B. du 01.08.2011, p. 43897.

14. Voir B.I. 2011/1, p. 63 – Accord national dento-mutualiste 2011-2012 du 08.12.2010, M.B. du 10.01.2011, p. 545.

15. A.M. du 30.06.2011 modifiant l'A.M. du 22.06.2000 fixant l'intervention visée à l'art. 37, § 12, de la loi SSI, dans les centres de soins de jour, M.B. du 01.07.2011 (Éd. 2), p. 38328.

3. Prestations

a. Médecins

PRESTATIONS TECHNIQUES SPÉCIALES

De nouvelles dispositions entrent en vigueur, à partir du 1^{er} novembre 2011, dans le cadre de l'exécution du Plan cancer.¹⁶ Il s'agit de 4 prestations relatives aux examens diagnostiques invasifs en cas de pathologie mammaire. Le patient n'est redevable d'aucune intervention personnelle pour ces examens.¹⁷

PRESTATIONS CHIRURGICALES

À partir du 1^{er} novembre 2011, l'aide opératoire ne peut plus être facturée en cas de prestations chirurgicales percutanées.¹⁸

IMAGERIE MÉDICALE

La référence à l'arrêté royal de 1963 est supprimée pour les prestations radiographiques et radioscopiques. À partir du 1^{er} septembre 2011, il est fait référence à la réglementation prévue dans l'arrêté royal du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants (ci-après dénommé le RGPR) ainsi qu'aux exigences posées dans ce cadre par l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN).¹⁹

MÉDECINE INTERNE

À partir du 1^{er} novembre 2011, l'intervention est majorée pour les 6 prestations suivantes :²⁰

- bronchoscopie sans biopsie
- bronchoscopie avec biopsie
- bronchoscopie avec ponction transcarinale
- bronchoscopie avec lavage broncho-alvéolaire
- bronchoscopie avec extraction de corps étrangers
- bronchoscopie avec prélèvement de biopsies pulmonaires périphériques.

À partir de cette date, la prestation "polygraphie" est rayée de la spécialisation neuropsychiatrie.²¹

16. A.R. du 01.09.2011 modifiant l'art. 11, § 4, 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 30.09.2011 (Éd. 2), p. 61427.

17. A.R. du 01.09.2011 modifiant l'art. 37 bis de la loi SSI, M.B. du 30.09.2011 (Éd. 2), p. 61428.

18. A.R. modifiant l'art. 16, § 5, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 19.09.2011, p. 60158.

19. A.R. du 01.07.2011 modifiant l'art. 17 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 29.07.2011 (Éd. 2), p. 43702.

20. A.R. du 19.08.2011 modifiant l'art. 20, § 1^{er}, b), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 19.09.2011, p. 60157.

21. A.R. du 19.08.2011 modifiant l'art. 20, §§ 1^{er}, f), 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 19.09.2011, p. 60159.

MÉDECINS-SPÉCIALISTES EN PSYCHIATRIE OU EN NEUROPSYCHIATRIE

À partir du 1^{er} novembre 2011, différentes mesures adoptées dans le cadre de l'accord médico-mutualiste 2010 sont entrées en vigueur et ce, dans le prolongement du Plan global psychiatrie.²² Il s'agit des nouvelles prestations suivantes :

- Concertation pluridisciplinaire (“discussion d'équipe”) au sein de la section hospitalière, pour un adulte hospitalisé dans un service A. Cette prestation ne peut être attestée qu'une fois tous les quinze jours, durant le premier mois de l'hospitalisation dans un service A et ensuite une fois par mois. L'intervention octroyée pour la discussion d'équipe peut être cumulée avec les honoraires de surveillance
- Nouveaux honoraires de surveillance dans les services Sp psychogériatriques des hôpitaux généraux.

RÈGLE INTERPRÉTATIVE

Les conditions de remboursement des consultations oncologiques multidisciplinaires ont été modifiées depuis le 1^{er} novembre 2010.²³

Depuis, la règle interprétative imposant une limitation à une fois par an, sauf en cas de dispositions légales contraires, est devenue sans objet et sera supprimée à dater du 1^{er} novembre 2010.²⁴

b. Praticiens de l'art dentaire

TOMOGRAPHIE VOLUMÉTRIQUE

À partir du 1^{er} mars 2011, deux prestations sont entrées en vigueur permettant de rembourser le cliché tridimensionnel effectué à l'aide d'un Conebeam CT dentaire (dCBCT).²⁵

- D'une part, une prestation pour un cliché annuel de la mâchoire supérieure en cas de fentes labio-alvéopalatines, jusqu'au 22^e anniversaire
- D'autre part, une prestation pour un cliché unique de la mâchoire inférieure chez des patients qui satisfont aux conditions de l'article 6, § 5*bis* de la nomenclature, qui prévoit le placement d'une prothèse de recouvrement sur 2 implants dentaires dans le maxillaire inférieur.

La modification de la nomenclature comprend également une révision de l'article 6, § 17, contenant les règles d'application en matière de radiographies. Les dispositions qui renvoient à la réglementation de l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN) ont été actualisées de sorte que les radiographies ne bénéficient d'un remboursement que si les praticiens répondent aux conditions posées par le RGPRI. La procédure de contrôle qui peut être effectuée par le SECM a également été adaptée. Tout praticien qui atteste des prestations radiographiques, est tenu de produire, à toute demande des médecins-inspecteurs, ses autorisations et de démontrer que les appareils et les locaux ont fait l'objet de contrôle physique périodique.

22. A.R. du 19.08.2011 modifiant l'art. 25, §§ 1^{er} 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 14.09.2011 (Éd. 2), p. 59639 et A.R. du 19.08.2011 modifiant l'art. 37*bis* de la loi SSI, M.B. du 14.09.2011 (Éd. 2), p. 59641.

23. Voir B.I. 2010/4 – p. 419.

24. Règles interprétatives du 23.05.2011 relatives aux prestations de l'art. 11, M.B. du 13.07.2011, p. 41891.

25. A.R. du 31.08.2011 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 15.09.2011, p. 59810 et A.R. du 31.08.2011 modifiant l'A.R. du 29.02.1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, M.B. du 15.09.2011, p. 59813.

Complémentaire à ce qui vient d'être exposé et spécifiquement pour le dCBCT, le remboursement est en outre subordonné à une obligation d'enregistrement préalable au moyen d'un formulaire prévu à cet effet, lequel est repris dans les annexes au Règlement du 28 juillet 2003.²⁶ L'enregistrement doit contenir les données suivantes :

- localisation de l'appareil
- identification de l'exploitant de l'établissement
- identification du dispensateur de soins-utilisateur
- la preuve établie par l'Agence fédérale de contrôle nucléaire que le dispensateur de soins-utilisateur dispose de l'autorisation d'utilisation requise (cette autorisation garantit que le dispensateur de soins répond aux conditions de formation supplémentaires)
- la preuve établie par l'Agence fédérale de contrôle nucléaire que les locaux et les appareils répondent bien aux critères de sécurité établis par le RGPRI
- la preuve établie par l'Agence fédérale de contrôle nucléaire que les appareils sont périodiquement contrôlés par le radiophysicien médical.

SOINS DENTAIRES : MODIFICATION DE LA RÉGLEMENTATION DU 28 JUILLET 2003

- À partir du 1^{er} mars 2011

L'octroi d'un numéro INAMI aux praticiens de l'art dentaire s'effectue de la même manière que pour les médecins : à savoir, à partir du moment où le Service des soins de santé de l'INAMI est informé par le SPF Santé publique de la reconnaissance du dispensateur de soins. L'intervention de l'assurance n'est due qu'à partir du moment où le Service des soins de santé est informé de la reconnaissance, par le Ministre, du titre professionnel de dentiste généraliste ou dentiste spécialiste.²⁷

- À partir du 1^{er} juin 2011

Le critère "prévention d'endocardite" constitue un critère supplémentaire en fonction duquel les prothèses peuvent être remboursées.²⁸ Les formulaires de demande d'une prothèse sont modifiés en conséquence en cas de dérogation à la limite d'âge ou de renouvellement anticipé d'une prothèse.²⁹

c. Implants

ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

La nomenclature des implants dynamiques est modifiée à partir du 1^{er} février.³⁰ L'intervention pour la stabilisation dynamique de la colonne vertébrale prévue à article 28, est insérée dans l'article 35 de la nomenclature.

À partir du 1^{er} octobre 2011, les tiges pour prothèses de hanche sur mesure d'une marque spécifique peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'assurance soins de santé.³¹ Ces implants spécifiques avaient été rayés préalablement de la liste limitative des produits admis au remboursement au motif qu'ils ne possédaient pas de marquage CE et qu'il ne devaient pas être notifiés.

26. Règlement du 18.07.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 15.09.2011, p. 59814.

27. Règlement du 18.07.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 15.09.2011, p. 59814.

28. Voir B.I. 2011/2 – p. 171.

29. Règlement du 18.07.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 15.09.2011, p. 59814.

30. A.R. du 28.06.2011 modifiant l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 19.07.2011, p. 42702.

31. A.R. du 21.07.2011 modifiant l'art. 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 10.08.2011 (Éd. 2), p. 45627.

Le Comité de l'assurance a décidé, le 12 septembre 2011, de clarifier, à l'aide d'une règle interprétative, le mode de calcul des forfaits pour le ciment utilisé en orthopédie et en neurochirurgie.³²

UROLOGIE ET NÉPHROLOGIE

Le sphincter urinaire artificiel avec revêtement antibiotique est remboursé à partir du 1^{er} septembre 2011.³³

L'assurance soins de santé intervient, à partir du 1^{er} octobre 2011, dans les frais des marqueurs en or (aiguilles incluses ou exclues) utilisés lors d'un carcinome de la prostate traité par IGRT (radiothérapie guidée par l'image).³⁴

CHIRURGIE ABDOMINALE ET PATHOLOGIE DU SYSTÈME DIGESTIF

La nomenclature relative à l'incontinence fécale et le formulaire de demande de remboursement pour le traitement de l'incontinence fécale par implantation sont modifiés à partir du 1^{er} septembre 2011. Le suivi du dossier est supprimé à partir de cette date.³⁵

CHIRURGIE DU THORAX ET CARDIOLOGIE

Une règle interprétative est entrée en vigueur avec effet rétroactif le 1^{er} mai 1999.³⁶ Il s'agit d'une clarification de la nomenclature des stimulateurs cardiaques.

CHIRURGIE DES VAISSEaux SANGUINS

À partir du 1^{er} octobre 2011, les dispositions de la nomenclature relatives aux greffes vasculaires sont transférées de l'article 28 vers l'article 35.³⁷

À partir du 1^{er} novembre 2011, la nomenclature prévoit également une intervention pour les endoprothèses en cas de dissection aiguë de l'aorte. Le formulaire de demande de remboursement d'endoprothèses et de l'intervention médicale est modifié conformément à la nomenclature.³⁸

CHIRURGIE PLASTIQUE ET DE RECONSTRUCTION

Comme indiqué déjà ci-dessus, de nouvelles prestations relatives aux examens diagnostiques invasifs en cas de pathologie mammaire ont été insérées à partir du 1^{er} novembre 2011.

À la suite de l'insertion de ces nouvelles prestations médicales, il y a également lieu de rembourser le matériel utilisé pour ces prestations.³⁹

32. Règles interprétatives du 12.09.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 26.09.2011, p. 61006.

33. A.R. du 01.07.2011 modifiant l'art. 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.08.2011 (Éd. 2), p. 44539.

34. A.R. du 21.07.2011 modifiant l'art. 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 10.08.2011 (Éd. 2), p. 45628.

35. A.R. du 13.07.2011 modifiant l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.08.2011 (Éd. 2), p. 44540.

36. Règles interprétatives du 12.09.2011 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 26.09.2011, p. 61005.

37. A.R. du 19.08.2011 modifiant les art. 28, § 1^{er}, et 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 29.08.2011, p. 55239.

38. A.R. du 19.08.2011 modifiant l'art. 35 et 35**bis** de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.09.2011, p. 56356.

39. A.R. du 01.09.2011 modifiant les art. 35 et 35**bis** de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.09.2011 (Éd. 2), p. 61429.

d. Prestations pharmaceutiques

SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

Dans les cas où plusieurs conditionnements d'une spécialité pharmaceutique sont prescrits sur une prescription, le bénéficiaire peut formuler la demande auprès du pharmacien de différer la délivrance d'un ou plusieurs conditionnements.

Dans ce cas, le pharmacien peut, à partir du 1^{er} juillet 2011, différer la délivrance effective par la remise d'un formulaire de délivrance et de facturation différées.⁴⁰

III. Assurance indemnités

1. Travailleurs indépendants

À partir du 31 décembre 2010, l'arrêté royal du 27 juillet 2011 simplifie la procédure de régularisation des cas de reprises, par un travailleur indépendant, d'un travail non préalablement autorisé par le médecin-conseil de l'organisme assureur ou le Conseil médical de l'invalidité, pendant une période d'incapacité de travail reconnue.⁴¹ La régularisation comprend un volet médical et administratif.

a. Régularisation sur le plan médical

La procédure de régularisation médicale pour la période écoulée de travail non autorisé est supprimée. Ainsi, il ne sera plus vérifié si le titulaire indépendant qui a repris, pendant la durée de son incapacité de travail, un travail non autorisé, conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 % sur le plan médical, pour la période de travail non autorisée. Néanmoins, l'intéressé sera encore soumis à un examen médical en vue de vérifier s'il remplit toujours les conditions de reconnaissance de son incapacité de travail à la date de l'examen médical et ultérieurement. Cet examen médical doit être effectué dans les trente jours ouvrables à compter de la constatation, par l'organisme assureur, de l'activité non autorisée, ou à compter de la communication de celle-ci à l'organisme assureur.

b. Régularisation sur le plan administratif

La procédure de régularisation de la période de travail non autorisé se limitera à une procédure purement administrative. La mutualité devra procéder à la récupération des indemnités indûment perçues à la suite de l'exercice d'une activité non autorisée. Cependant, cette récupération doit être limitée aux jours ou à la période durant lesquels l'assuré a effectué le travail non autorisé.

La récupération limitée du montant indu n'est plus subordonnée à l'exigence d'une régularisation sur le plan médical.

40. Règlement du 27.06.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 03.08.2011, p. 44150.

41. A.R. du 27.07.2011 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 24.08.2011 (Éd. 2), p. 54426.

En outre, l'arrêté royal du 27 juillet 2011 apportera encore les modifications suivantes à la réglementation :

ORGANES DU SERVICE DU CONTRÔLE ADMINISTRATIF

À la suite des modifications apportées par la loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses en matière de santé, laquelle vise à transférer les compétences du Comité du Service du contrôle administratif au Comité général de gestion (pouvoir de décision) et au Comité technique (compétence d'avis), les dispositions relatives aux organes du Service du contrôle administratif sont également modifiées dans la réglementation des travailleurs indépendants.

CONTEXTE EUROPÉEN

À la suite des nouveaux Règlements européens n° 883/2004 et 987/2009, des modifications ont été apportées à la procédure de déclaration de l'incapacité de travail d'un assuré qui séjourne ou réside dans un État membre de l'Union européenne autre que l'État membre compétent pour l'octroi des prestations.

Le médecin-conseil peut mettre fin à la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail d'un titulaire qui, au début de celle-ci, séjourne ou réside dans un État membre de l'Union européenne (autre que la Belgique), à partir de la date de fin de l'incapacité qui est mentionnée sur le certificat d'incapacité de travail établi par le médecin-traitant étranger ou par l'institution étrangère compétente, sans devoir procéder à un examen médical préalable.

SANCTIONS ADMINISTRATIVES

En ce qui concerne les sanctions administratives applicables aux travailleurs indépendants, il n'y a pas vraiment de modifications sur le fond mais plutôt des adaptations formelles.

2. Travailleurs salariés

a. Mesures de revalorisation

- Revalorisation de 2 % du montant minimum accordé aux travailleurs réguliers (cohabitants), à partir du 1^{er} septembre 2011⁴²
- Revalorisation de 3 EUR du montant de l'indemnité pour l'aide d'une tierce personne, à partir du 1^{er} septembre 2011⁴³
- Revalorisation du plafond des revenus des personnes à charge et des titulaires isolés, lorsque la personne cohabitante bénéficie d'un revenu de remplacement, à partir du 1^{er} septembre 2011⁴⁴
- La revalorisation des indemnités accordées aux titulaires en incapacité de travail depuis 15 ans est abrogée en 2011 et 2012.⁴⁵

42. A.R. du 06.07.2011 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 28.07.2011, p. 43622.

43. idem.

44. idem.

45. A.R. du 21.06.2011 modifiant l'A.R. du 12.02.2009 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 27.07.2011, p. 43397.

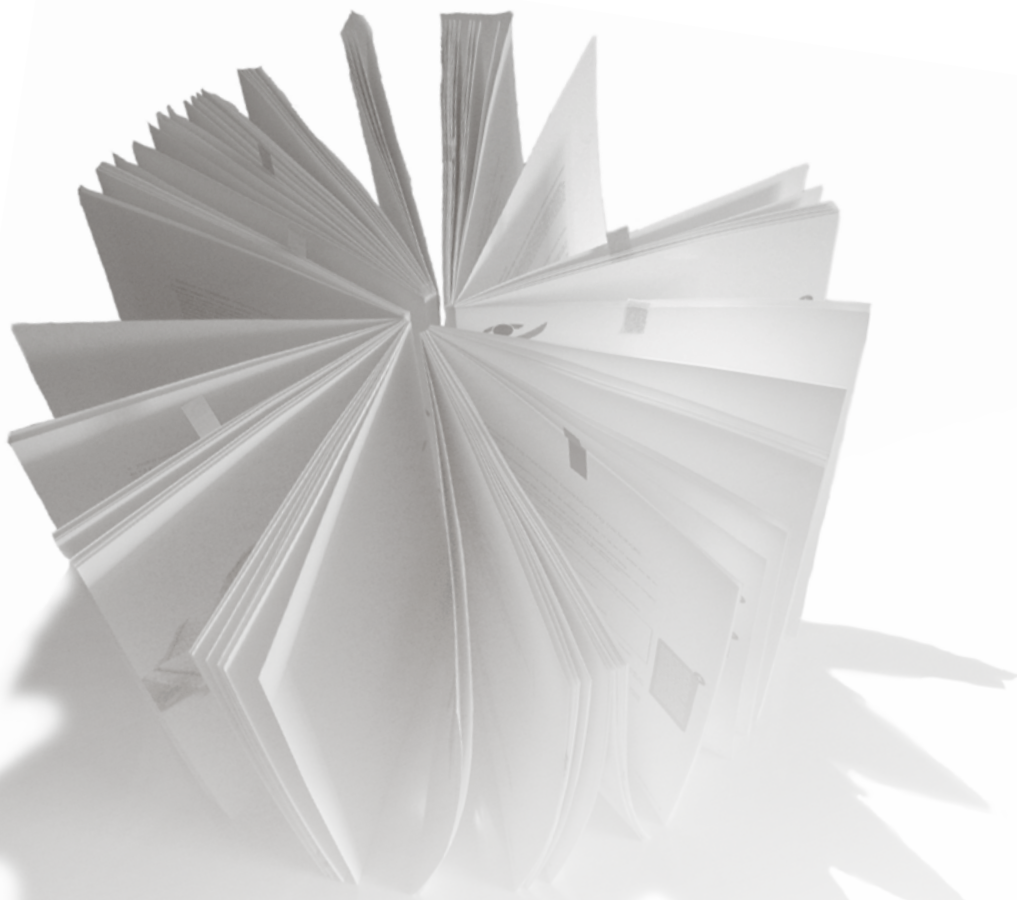
b. Maintien de la qualité en cas de dépassement du montant plancher

Une mesure entre en vigueur à partir du 1^{er} août 2010, qui doit permettre, dans l'attente d'une mesure structurelle, de prévenir la perte de la qualité d'un titulaire avec personne à charge ou de la qualité de titulaire isolé en raison de l'augmentation de la pension minimale du titulaire indépendant cohabitant.⁴⁶

46. A.R. du 28.04.2011 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 22.07.2011, p. 43067.

3^e Partie

Jurisprudence



I. Cour du travail de Mons, 1^{er} février 2012

Code civil, article 1315 et Code judiciaire article 870 - Charge de la preuve
Code civil, article 1382 - Responsabilité civile de l'administration dans le cadre de l'accomplissement de ses missions légales

Il appartient à la partie qui invoque l'illégalité d'un arrêté ministériel d'apporter la preuve des nullités qu'il invoque, à savoir en l'espèce que toutes les formalités préalables requises à la promulgation d'un arrêté ministériel, n'ont pas été accomplies. Il appartient à celui qui réclame l'exécution d'une obligation d'apporter la preuve de l'existence de celle-ci.

Un moyen fondé sur une discrimination entre la situation des travailleurs salariés et celle des travailleurs indépendants, non expliqué plus avant, ni étayé par un test préalable de comparabilité entre les situations, ne peut être retenu.

Il ne saurait être fait grief à l'INAMI d'avoir appliqué un arrêté ministériel qui n'a jamais été considéré illégal ou inconstitutionnel par une juridiction administrative ou judiciaire, d'autant plus que l'administration n'a pas pour mission de contrôler la constitutionnalité des lois et règlements. En l'espèce, l'INAMI, en qualité d'autorité administrative n'a pas commis de faute, vu qu'il n'a pas pris une décision qui méconnaissait avec une évidence incontestable des règles constitutionnelles ou légales lui imposant de s'abstenir ou d'agir de manière déterminée.

Il ne peut être fait droit à une demande de dommages-intérêts lorsque ceci aurait pour effet de méconnaître les conséquences de la forclusion liée à l'absence de recours contre la décision administrative. En s'abstenant de contester dans le délai légal les décisions administratives qui sont devenues définitives la demanderesse est en réalité seule responsable du dommage qu'elle invoque.

SCRL V. c./INAMI
R.G. 2006/AM/2037

...

RECEVABILITÉ DE L'APPEL INCIDENT

Par conclusions du 24 septembre 2009, l'INAMI a formé un appel incident faisant grief au premier juge de n'avoir pas déclaré la demande originaire de la SCRL V. irrecevable dans la mesure où elle se fondait sur l'article 167 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

...

L'appel incident de l'INAMI, introduit dans les formes et délais légaux, est recevable.

ÉLÉMENTS DE LA CAUSE ET ANTÉCÉDENTS DE LA PROCÉDURE

Il résulte des éléments auxquels la cour de céans peut avoir égard que la SCRL V. exploite une maison de repos et de soins de 27 lits ainsi qu'une maison de repos pour personnes âgées de 18 lits.

Elle dispose, pour exercer ses activités, des subventions lui allouées par l'INAMI.

Par circulaire du 23 décembre 2003, l'INAMI l'a informée d'un nouveau système de financement applicable à partir du 1^{er} janvier 2004 et découlant d'un nouvel arrêté ministériel du 6 novembre 2003 (M.B. 26.11.2003) fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Par courriers des 31 mars 2004, 9 avril 2004 et 21 avril 2004, l'INAMI lui notifia qu'en application de cet arrêté ministériel du 6 novembre 2003 elle pouvait porter en compte pour tous les bénéficiaires hébergés une allocation forfaitaire de 36,37 EUR, 41,09 EUR et 41,62 EUR du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004. Ces trois notifications précisaient spécialement que *“les contestations éventuelles concernant la présente doivent être introduites par citation, endéans le mois suivant la notification, auprès du Tribunal du travail de votre arrondissement (une liste des adresses des Tribunaux du travail est jointe en annexe)”*.

La SCRL V. ayant interpellé l'INAMI le 17 mai 2004 sur la baisse de ses rentrées en résultant, l'INAMI lui répondit par courrier du 2 août 2004 que cette baisse résultait :

- de la *“faible ancienneté de l'établissement”* (le nouveau système tient compte de trois catégories de coût salarial, selon l'ancienneté moyenne du personnel)
- du fait de ne pas avoir droit à la partie A2 (la maison de repos ne dispose pas assez de personnel au dessus de la norme pour avoir droit à ce financement).

L'INAMI annexait à son courrier un calcul du revenu quotidien de la SCRL, soit 1 915,15 EUR selon le système de financement de 2003 et 1 774,68 EUR en 2004.

Le 18 janvier 2005, estimant illégal l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003, la SCRL V. cita l'INAMI devant le tribunal de 1^{re} instance de Mons en réclamation d'une somme provisionnelle de 151 452,21 EUR. Cette somme était réclamée soit directement au titre d'arriérés de subventions soit au titre de dommages et intérêts équivalents au montant des subventions perdues par la faute de l'INAMI qui a appliqué un arrêt ministériel illégal.

La différence entre les deux modes de financement pour la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004 était estimée à la somme de 151 452,21 EUR.

Par jugement du 6 mars 2006, le tribunal de 1^{re} instance de Mons s'est déclaré incompétent pour connaître du litige et a renvoyé la cause devant le tribunal du travail de Mons en vertu de l'article 660 du Code judiciaire.

Par jugement du 30 août 2006, le tribunal du travail de Mons a dit la demande recevable mais non fondée au terme de la motivation suivante :

“(…) Si la demande repose sur une prétendue faute qu'elle entend imputer au défendeur, celle-ci est recevable. Il importe peu à cet égard que les décisions intervenues les 31 mars 2004, 9 avril 2004 et 21 avril 2004 soient devenues définitives, pour ne pas avoir fait l'objet d'un recours dans le délai d'un mois, devant le tribunal du travail.

En revanche il convient que le défendeur ait commis une faute.

(…)

Pour qu'une faute puisse être imputée au défendeur, il ne suffit évidemment pas de relayer les critiques formulées dans un avis du conseil d'État, dont certaines ont d'ailleurs perdu de leur pertinence, puisque sous réserve de démontrer que le préambule de l'arrêté ministériel soit un faux, l'accord du ministre du budget a bien été donné le 8 octobre 2003, postérieurement à l'avis du conseil d'État rendu le 28 juillet 2003. Il convient à tout le moins que l'illégalité de l'arrêté ministériel ait été constatée préalablement par un arrêt d'annulation du conseil d'État ou par un tribunal ou une cour du travail, saisi d'un recours introduit contre les décisions administratives des 31 mars 2004, 9 avril 2003 et 21 avril 2004, ayant refusé de faire application de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003. En l'état actuel, il ne peut être fait grief à une autorité administrative d'avoir appliqué la réglementation en vigueur, au moment des faits. Pour autant que de besoin, la demanderesse doit encore démontrer le lien causal entre l'excès de pouvoir et le dommage dont elle se prétend victime.

Or il apparaît d'un courrier du défendeur du 2 août 2004, que la différence entre l'ancien et le nouveau système résultait :

- *de l'ancienneté basse dans l'établissement*
- *du fait de ne pas avoir droit à la partie A2 (cet établissement ne dispose pas assez de personnel au delà de la norme pour avoir droit au financement) (pièce 5, dossier défendeur) et serait étranger à une discrimination éventuelle pour les indépendants, en cas d'hébergement dans une maison de repos pour personnes âgées (...)"*.

...

La SCRL V. interjeta appel de ce jugement.

...

II. Fondement de l'appel principal de la SCRL V.

II.1. Quant à la faute alléguée de l'INAMI

La SCRL V. reproche à l'INAMI d'avoir appliqué l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 qu'elle juge illégal dès lors que cet acte réglementaire :

- n'avait pas reçu l'accord préalable du Ministre du Budget
- serait source de discrimination au détriment des travailleurs indépendants.

La responsabilité de l'INAMI est susceptible d'être mise en cause dans le cadre de l'accomplissement de ses missions légales.

Dans ses conclusions précédant l'arrêt prononcé par la Cour de cassation le 25 octobre 2004 (Pas., I, n° 507, p. 1767), Monsieur le Procureur général LECLERCQ a considéré "qu'il résultait de la doctrine des arrêts de la cour du 13 mai 1982 (Pas., I, p. 1056) du 4 novembre 1982 (Pas., I, 1983, n° 154) et du 14 janvier 2000 (Pas., I, n° 33) et des conclusions, de Monsieur le Procureur général VELU précédant l'arrêt précité du 13 mai 1982 que sous réserve de l'existence d'une erreur invincible ou d'une autre cause d'exonération de responsabilité, l'autorité administrative commettait une faute lorsqu'elle prenait une décision qui méconnaissait des règles constitutionnelles ou légales lui imposant de s'abstenir ou d'agir de manière déterminée de telle sorte qu'elle engageait sa responsabilité civile si cette faute était la cause d'un dommage".

En réalité, deux hypothèses de faute doivent être épinglées.

1) La première est celle où l'administration a méconnu une règle de droit lui imposant de s'abstenir ou d'agir d'une manière déterminée.

En cette hypothèse, le comportement illégal de l'administration est constitutif de faute sauf si la faute commise revêt un caractère invincible ou s'il existe une autre cause d'exonération de responsabilité. Selon R-O. DALC ("Traité de la responsabilité civile", Nouvelles, Droit civil, tome V, vol. I, n° 301) "le manquement à la loi ou aux règlements constitue le cas où la faute aquilienne est la moins discutable. La faute existe dès que la loi a été violée. Si l'obligation légale ou réglementaire constitue une obligation de résultat, il suffit au juge de constater que le résultat n'a pas été atteint. S'il s'agit d'une obligation indéterminée, le juge devra constater la faute si l'obligation a été violée".

2) Il s'agit, dans la seconde hypothèse, d'apprécier la faute de l'autorité administrative dans le cadre général de son activité sur la base du critère de la personne normalement soigneuse et prudente placée dans les mêmes circonstances.

C'est, dès lors, fort logiquement qu'aux termes d'un arrêt prononcé le 25 octobre 2004 (Pas., I, n° 507, p. 1667) la Cour de cassation a considéré que la faute de l'ONSS pouvant, sur la base des articles 1382 et 1383 du Code civil, engager sa responsabilité consistait en un comportement qui, ou bien, s'analysait en une erreur de conduite devant être appréciée suivant le critère de l'autorité normalement soigneuse et prudente placée dans les mêmes conditions, ou bien, sous réserve d'une erreur invincible ou d'une autre cause de justification, violait une norme de droit national ou d'un traité international ayant des effets dans l'ordre juridique interne imposant à l'ONSS de s'abstenir ou d'agir de manière déterminée.

Cet arrêt prononcé le 25 octobre 2004 reste fidèle à l'enseignement issu d'un arrêt précédent prononcé le 25 novembre 2002 par la Cour de cassation (Chr. Dr. Soc., 2003, p. 115) lequel s'est inscrit dans l'évolution jurisprudentielle relative à la responsabilité quasi-délictuelle des pouvoirs publics selon laquelle le pouvoir judiciaire peut et doit connaître sur la base des articles 1382 et suivants du Code civil, de demandes tendant à la réparation du préjudice subi par une personne de droit civil à laquelle une atteinte a été prétendument portée et ce même si le dommage a été causé par une personne morale de droit public. Cet enseignement vaut, également, si la lésion de cette personne dont la réparation est demandée a été causée par un acte illicite de l'administration (voyez : D. DE ROY, "La jurisprudence de la Cour de cassation en matière de responsabilité civile des autorités administratives : revirement ou affinement ?" obs. sous Cass., 25.10.2004, J.L.M.B., 2005, p. 642 ; J.F. NEVEN et D. DE ROY, "Principes de bonne administration et responsabilité de l'ONSS" in "La sécurité sociale des travailleurs salariés, Assujettissement, cotisations, sanctions" Larquier, 2010, p. 507 et ss).

En l'espèce, aux termes du pourvoi ayant engendré l'arrêt du 25 octobre 1984, l'ONSS faisait grief à la cour du travail de Mons d'avoir considéré qu'en prenant une décision de retrait d'assujettissement et en disant pour droit qu'il serait procédé à l'annulation des rémunérations et des prestations déclarées en faveur d'un travailleur, l'ONSS avait violé la loi du 27 octobre 1969 dès lors que par cet acte il avait méconnu une norme de droit national imposant à des sujets de droit d'agir de manière déterminée et avait commis, partant, une faute extracontractuelle au sens de l'article 1382 du Code civil.

La Cour de cassation cassa l'arrêt prononcé par la cour du travail de Mons estimant, à cet effet, que la seule circonstance selon laquelle la cour du travail ne s'était pas ralliée sur ce point à l'analyse du demandeur (l'ONSS) n'impliquait pas que celui-ci avait commis une faute : en effet, fit valoir la Cour de cassation, aucune norme de droit n'imposait au demandeur dans la qualification d'une relation de travail de s'abstenir ou d'agir de manière déterminée.

Selon la Cour de cassation, "la décision de l'ONSS ne pourrait être considérée comme fautive que si elle consistait en un comportement qui s'analyse en une erreur de conduite devant être appréciée suivant le critère de l'autorité administrative normalement soigneuse et prudente placée dans les mêmes conditions, comportement que l'arrêt attaqué ne constate pas".

Pour rappel, en vertu des dispositions combinées des articles 1315 du Code civil et 870 du Code judiciaire, celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver.

Le demandeur à l'action doit prouver les éléments générateurs du droit qu'il invoque.

Ainsi, comme l'observe judicieusement M. l'Avocat général, il appartient à la SCRL V. de démontrer, en premier lieu, l'illégalité de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 et, dans un second temps, que l'application qu'en fit l'INAMI était fautive c'est-à-dire qu'elle a pris une décision qui méconnaissait les règles constitutionnelles ou légales lui imposant de s'abstenir d'agir de manière déterminée de telle sorte que sa responsabilité civile est engagée si cette faute a causé un dommage à la SCRL V.

a. Quant à l'illégalité alléguée de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003

a. 1) Défaut d'accord du Ministre du budget

L'avis du Conseil d'État - section législation - du 28 juillet 2003 mentionne ce qui suit : *"Il résulte des documents joints à la demande que l'accord du Ministre du Budget a été demandé, mais pas qu'il a été donné. Il y a lieu d'accomplir cette formalité conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 16 novembre 1994 relatif au contrôle administratif et budgétaire"*.

Le préambule de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 (M.B. 26.11.2003) mentionne, cependant, ceci : *"vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 8 octobre 2003"*.

La SCRL V. prétend alors en conclusion que *"l'intimé n'a nullement rapporté la preuve de ce que cet accord aurait été émis par le Ministre du Budget, se contentant de renvoyer au préambule de l'arrêté ministériel"*.

En renversant ainsi la charge de la preuve, la SCRL V. ne satisfait pas au prescrit des articles 1315 du Code civil et 870 du Code judiciaire. C'est à elle, en effet, qu'il appartient de rapporter la preuve certaine que l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 n'a effectivement pas reçu l'accord du Ministre du Budget. Or, elle n'apporte aucun élément qui permettrait de le croire, singulièrement au vu de la mention spéciale selon laquelle un accord fut donné le 8 octobre 2003. La SCRL V. ne démontre pas que l'accord du Ministre du budget n'a pas, ainsi, été donné postérieurement à l'avis du Conseil d'État mais antérieurement à l'adoption de l'arrêté ministériel.

a. 2) Quant à l'absence de fondement légal de l'arrêté incriminé et quant à la discrimination alléguée au détriment des travailleurs indépendants

L'avis du Conseil d'État mentionne sur ce point que :

"(...)

Le projet est dénué de fondement légal dans la mesure où il est également applicable aux indépendants et qu'il entend imposer des conditions aux établissements soumis à son application en même temps qu'il détermine le montant de l'intervention de l'assurance.

Il résulte de l'article 1^{er}, 8^e, du projet, qu'en ce qui concerne les indépendants, aucune intervention n'est accordée en cas d'hébergement dans une maison de repos pour personne âgée, mais bien en cas d'hébergement dans une maison de repos et de soins.

*Il y a lieu de se demander si le Ministre peut faire cette distinction, vu les termes de l'article 2, alinéa 2, de l'arrêté royal du 29 décembre 1997, dont il peut être inféré que le Ministre n'est pas autorisé à prévoir une intervention dans un cas, mais pas dans l'autre. Et dans l'hypothèse ou pareille interprétation serait possible, cette distinction **doit pouvoir être justifiée** au regard du principe d'égalité et de non discrimination"*.

Comme le relève excellemment Monsieur l'Avocat général, alors que cette preuve lui incombe, la SCRL V. n'explique pas en quoi les points relevés par le Conseil d'État et qui peuvent poser problème en posant *effectivement* à l'examen final. L'appelante n'explique ainsi pas, par exemple, les raisons pour lesquelles l'absence d'intervention en cas d'hébergement d'un indépendant dans une maison de repos pour personnes âgées ne pourrait se justifier par les contributions différentes des travailleurs dans chacun des régimes (contributions petits risques et non gros risques, ...).

Les paramètres d'analyse de la constitutionnalité des normes légales et réglementaires sont régulièrement rappelés par la Cour de cassation dans les termes suivants : *“La règle de l'égalité des Belges devant la loi et celle de la non-discrimination dans la jouissance des droits et libertés reconnus aux Belges impliquent que tous ceux qui se trouvent dans la même situation soient traités de la même manière mais n'excluent pas qu'une distinction soit faite entre les différentes catégories de personnes pour autant que le critère de distinction soit susceptible de justification objective et raisonnable ; l'existence d'une telle justification doit s'apprécier par rapport au but et aux effets de la mesure prise. Le principe d'égalité est, également, violé lorsqu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé”* (Cass., 24.04.1995, Bull., n° 207 ; Cass., 24.03.2003, Chr. D. Soc., 2003, p. 379).

Pour vérifier si la réglementation invoquée présente un caractère discriminatoire, la Cour constitutionnelle procède à un test préalable de comparabilité : la première démarche consiste à vérifier si les catégories de situations qui lui sont soumises sont suffisamment comparables. Ce contrôle s'opère, parfois, au regard de la mesure prise.

Comme précisé supra, la SCRL V. s'abstient soigneusement de procéder au test préalable de comparabilité entre la situation des travailleurs salariés et celle des travailleurs indépendants.

Ce moyen est, dès lors, non fondé.

b) Quant à l'application par l'INAMI du texte réglementaire discriminé

Par arrêt du 21 décembre 2007, la Cour de cassation décida que :

“La faute de l'autorité administrative, pouvant sur la base des articles 1382 et 1383 du Code civil engager sa responsabilité, consiste en un comportement qui, ou bien s'analyse en une erreur de conduite devant être appréciée suivant le critère de l'autorité normalement soigneuse et prudente, placée dans les mêmes conditions, ou bien, sous réserve d'une erreur invincible ou d'une autre cause de justification, viole une norme de droit national ou d'un traité international ayant des effets dans l'ordre juridique interne, imposant à cette autorité de s'abstenir ou d'agir d'une manière déterminée.

L'arrêt constate que le défendeur a, en vertu de l'article 222 de la loi générale sur les douanes et accises, saisi un camion employé à la fraude ou mis en usage à cet effet, appartenant aux demandresses, qui étaient étrangères à cet usage.

Par un arrêt n° 162/2001 du 9 mars 2002, la Cour constitutionnelle a dit que la disposition précitée, qui impose la confiscation des moyens de transport employés à la fraude ou mis en usage à cet effet, viole les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il ne permet pas au propriétaire d'établir qu'il est étranger à l'infraction et d'obtenir la restitution de son bien.

L'arrêt décide qu'il ne peut être imputé la faute au défendeur d'avoir appliqué l'article 222 précité avant la publication dudit arrêt au Moniteur belge du 9 mars 2002 au motif que l'administration des douanes et accises “n'a bien évidemment pas pour mission de contrôler la constitutionnalité des lois”.

L'arrêt, qui considère ainsi que la violation de la Constitution n'est pas fautive dès lors qu'elle trouve sa justification dans l'application d'une loi n'ayant fait l'objet d'aucun constat d'inconstitutionnalité ni d'aucune invalidation par la Cour constitutionnelle, justifie légalement sa décision” (Cass., 21.12.2007, RG C. 06.0457 F, juridat F 20071221-3).

En l'espèce, il ne saurait donc être fait grief à l'INAMI d'avoir appliqué l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 alors même que celui-ci n'a jamais été considéré *in fine et effectivement* comme illégal ou inconstitutionnel par une juridiction administrative ou judiciaire : l'INAMI "*n'a bien évidemment pas pour mission de contrôler la constitutionnalité des lois*" et des règlements, comme le relève avec pertinence Monsieur l'Avocat général.

L'autorité administrative qu'est l'INAMI aurait, par contre, commis une faute si elle avait pris une décision qui méconnaissait avec une évidence incontestable des règles constitutionnelles ou légales lui imposant de s'abstenir ou d'agir de manière déterminée.

Tel n'est évidemment pas le cas en l'espèce.

Ce moyen est, dès lors, non fondé.

II.2. Quant au lien causal

L'article 167 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 énonce que "*les actes juridiques administratifs contestés doivent, à peine de déchéance, être soumis au tribunal du travail compétent dans le mois de leur notification (...)*".

La SCRL V. n'a toutefois pas contesté, dans le mois de leur notification les décisions de l'INAMI des 31 mars 2004, 9 avril 2004 alors que celles-ci prévoyaient pourtant spécialement que "*les contestations éventuelles concernant la présente doivent être introduites par citation, endéans le mois suivant la notification, auprès du Tribunal du travail de votre arrondissement (une liste des adresses des Tribunaux du travail est jointe en annexe)*".

En l'espèce, la SCRL V. prétend donc subir une perte financière en raison de décisions administratives *définitives* qui seraient, d'après elle, fondées sur des textes illégaux.

La Cour d'appel de Mons a récemment eu à connaître d'une demande en dommage et intérêts d'une chômeuse contre l'ONEM dont la décision définitive n'aurait pas respecté certaines dispositions de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 ainsi que le principe de bonne administration. Comme en l'espèce, l'assurée sociale invoquait la responsabilité de l'administration alors même qu'elle n'avait pas contesté la décision qui avait fixé (incorrectement, estimait-elle) ses droits.

Par arrêt du 24 octobre 2011, la cour a dit pour droit que :

*"À supposer que ces fautes soient établies, il appartient à l'appelante d'établir qu'elles sont à l'origine du dommage invoqué, ce **lien de causalité** devant être nécessaire et certain.*

*Elle **ne le fait pas dès lors qu'elle n'a pas exercé de recours contre la décision** du 21 décembre 1993 rejetant sa demande d'allocation de chômage.*

*L'ordre de quitter le pays lui notifié le 4 août 1992 et la régularisation de sa situation par l'attribution d'une carte de séjour le 11 mai 1994 ne justifient pas cette **abstention, seule cause du dommage dont elle postule réparation.***

En effet, cette situation irrégulière n'avait pas empêché l'introduction de la demande le 5 juillet 1993 laquelle aurait pu continuer à faire l'objet d'un suivi ultérieur et d'un recours contre la décision de refus.

*L'appelante **ne peut** en conséquence **prétendre** à charge des intimés **à un montant équivalent aux allocations de chômage** dont le bénéfice lui a été refusé **par une décision non querellée** au titre de réparation en nature d'une faute prétendument commise par eux.*

Cette demande de dommage et intérêts équivalents aux allocations lui refusées méconnaît en effet la forclusion de ses droits fondés sur l'article 580, 2° du Code judiciaire résultant de l'absence de recours contre la décision de rejet du premier intimé" (Mons, 24.10.2011, MANCA c./ONEM et CSC, R.G. 2008/RG/971, inédit).

À l'instar de Monsieur l'Avocat général, la cour de céans considère qu'en s'abstenant de contester dans le délai d'un mois à dater de leur notification les décisions des 31 mars 2004, 9 avril 2004 et 21 avril 2004 *éventuellement* irrégulières mais devenues définitives, la SCRL V. est en réalité la seule responsable du dommage qu'elle invoque aujourd'hui.

III. Conclusion

Il s'impose de déclarer la requête d'appel non fondée et, partant, de confirmer le jugement dont appel en toutes ses dispositions.

IV. Quant aux frais et dépenses

La loi-programme du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé a modifié l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire et a remplacé la notion de bénéficiaire par celle d'assuré social au sens restrictif de la Charte de l'assuré social (voyez les travaux parlementaires : Doc. Ch., 51-2594/1 : "La modification proposée a pour objectif de mettre un terme à la discussion visant à savoir si les établissements et les dispensateurs de soins peuvent être considérés comme des bénéficiaires au sens de l'art. 1017, al. 2, du C. jud. Le recours à la notion d'assuré social répond au désir initial du législateur de garantir la gratuité de la procédure pour les assurés sociaux dont les droits sociaux sont contestés").

En l'espèce, toutefois, les dépens ne doivent pas être liquidés sur pied de l'article 1017, *alinéa 2*, du Code judiciaire mais, au contraire, sur pied de l'article 1017, *alinéa 1*, du Code judiciaire dès lors que l'action originaire de la SCRL V. trouve son fondement dans l'article 1382 du Code civil, soit dans le droit commun de la responsabilité civile.

Il s'impose, dès lors, de condamner la SCRL V. à verser à l'INAMI l'indemnité de procédure de base fixée à 1 320 EUR pour les affaires non évaluables en argent.

...

II. Cour du travail de Bruxelles, 5 janvier 2012

Code judiciaire, article 772 – Réouverture des débats

Article 191, 1^{er}, 15^o alinéa *quater*, et 15^o alinéa *quinquies* – Cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques

Article 107 du Traité sur l'Union européenne - Aide d'État interdite

Pour la réouverture des débats, l'article 772 du C. jud. exige que durant le délibéré, une pièce nouvelle et capitale ait été découverte par la partie qui demande la réouverture. Une pure négligence de la part d'une partie qui n'aurait pas déposé à temps les pièces pour étayer son affirmation ne constitue pas une raison suffisante pour rouvrir les débats.

Étant donné que les cotisations controversées auxquelles sont soumises les firmes ne s'appliquent pas aux distributeurs-grossistes, on peut se demander si ces derniers ne bénéficient pas de ce fait d'une mesure d'aide incompatible avec l'article 107 du Traité UE.

Pour qu'une mesure d'aide puisse être considérée comme une aide accordée par l'État, plusieurs conditions doivent être simultanément remplies :

- *la mesure octroie à certaines entreprises ou productions un avantage dont elles n'auraient pas bénéficié dans des conditions de marché normales*
- *elle est financée par l'État ou au moyen de ressources d'État*
- *elle octroie un avantage économique sélectif qui favorise certains secteurs, certaines entreprises ou certaines productions*
- *elle entrave les échanges commerciaux entre les États membres*
- *elle fausse ou menace de fausser la concurrence.*

Les cotisations imposées par la loi SSI ne visent pas à rétablir l'équilibre dans les circuits de distribution, équilibre qui aurait été rompu à la suite de l'obligation de service public imposée aux grossistes. Ces cotisations visent l'équilibre financier de l'assurance-maladie et la maîtrise des dépenses en luttant contre le dépassement du budget des médicaments via un système de budgétisation avec récupération à charge de ceux qui sont jugés coresponsables du dépassement du budget. Elles visent aussi à encourager ces derniers à faire des efforts pour économiser.

L'existence d'un avantage au sens de l'article 107 ne peut pas être automatiquement déduite du fait que les entreprises en question sont traitées différemment. Concernant la comparaison avec d'autres acteurs de l'assurance soins de santé, entre autres les grossistes-distributeurs, la Cour constitutionnelle a considéré qu'il existait des différences objectives justifiant de les traiter différemment des firmes pharmaceutiques.

Les entreprises qui doivent payer une cotisation ne peuvent pas échapper à cette obligation en arguant que l'exemption dont bénéficient les autres entreprises constitue une aide d'État.

Pour qu'une cotisation soit considérée comme faisant partie intégrante d'une mesure d'aide, un lien d'affectation contraignant doit exister entre la cotisation et l'aide, dans le sens où le produit de la cotisation est obligatoirement affecté au financement de l'aide, quod non in casu.

R.B. c./INAMI
R.G. 2005/AB/47362

...

VOORAF : VERZOEK TOT HEROPENING DER DEBATTEN

De vennootschap verzoekt om heropening der debatten omdat zij tijdens het beraad nieuwe stukken van overwegend belang beweert te hebben ontdekt die aantonen dat zij in 2001 en 2002 rechtstreeks terugbetaalde en niet-terugbetaalde geneesmiddelen leverde aan publieksapotheken.

Het RIZIV verzet zich tegen een heropening der debatten en neerlegging van nieuwe stukken met verwijzing naar artikelen 769, 770, 771 en 767 § 3 Gerechtelijk Wetboek.

Voor een heropening der debatten op verzoek van een partij, vereist artikel 772 Gerechtelijk Wetboek dat tijdens het beraad nieuwe en ter zake dienende stukken werden ontdekt door de partij die om heropening verzoekt. Het moet gaan om stukken die de partij niet bekend waren of niet konden bekend zijn voor de sluiting der debatten. (J. Laenens, K. Broeckx, D. Scheers, Handboek gerechtelijk recht 2004, nr. 823).

De stukken die appellante partij wenst voor te leggen zijn boekhoudkundige stukken die betrekking hebben op de jaren 2001 en 2002 en die zouden aantonen dat zij een directe verkoopsactiviteit had aan publieksapotheken. Zij kan bezwaarlijk volhouden dat het nieuwe stukken betreft die haar niet bekend waren voor de sluiting der debatten. De nalatigheid van een partij om tijdig de stukken te verzamelen ter staving van haar stelling kan geen voldoende reden tot heropening der debatten uitmaken. (G. de Leval, *Éléments de procédure civile*, Fac. dr. Liège, Larcier, 2005, blz. 214).

Er is derhalve niet voldaan aan de voorwaarde van artikel 772 Gerechtelijk Wetboek.

Aangezien de vennootschap in haar laatste conclusie voor het hof voorhield dat haar concurrentiepositie ten overstaan van de groothandelaars werd ondermijnd omdat zij in tegenstelling tot de groothandelaars was gehouden tot betaling van heffingen op haar omzet, rustte op haar ook de bewijslast met betrekking tot haar beweringen. Zij had alle gelegenheid om de nodige bewijsstukken te verzamelen en kan niet verrast zijn geweest door het advies van het Openbaar Ministerie waarin gesteld werd dat zij hiervan geen bewijs leverde.

De procedure werd in eerste aanleg ingeleid in 2004 en het hoger beroep van appelante is reeds hangend sedert 2008. Het arrest van het Grondwettelijk Hof met betrekking tot een door haar ingeroepen schending van het gelijkheidsbeginsel dateert van 15 januari 2009, zodat appellante ruim de tijd en de gelegenheid heeft gehad haar verdere argumentatie en bewijslevering voor te bereiden.

Het hof is van oordeel dat niet voldaan is aan de voorwaarden voor een heropening der debatten.

TEN GRONDE

HET VERSCHULDIGD ZIJN VAN HEFFINGEN

In het arrest van 15 januari 2009 werd het voorwerp van de betwisting en de stellingen van partijen reeds uiteengezet en een aantal van de door appellante opgeworpen grieven werden reeds beantwoord.

Vooraleer voor het overige uitspraak te doen, werd aan het Grondwettelijke Hof een prejudiciële vraag gesteld met betrekking tot de bestaanbaarheid met artikelen 10 en 11 van de Grondwet van de bepalingen artikel 191, 1^{ste} lid, 15°, 15°*quater* en 15°*quinquies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met betrekking tot de heffingen voor de jaren 2002 en 2003, in de mate met betrekking tot de erin geregelde heffing, aanvullende heffing en bijkomende heffing, geen onderscheid werd gemaakt tussen farmaceutische ondernemingen naargelang zij generische geneesmiddelen dan wel merkgeneesmiddelen of referentiespecialiteiten op de markt brengen.

Het Grondwettelijk Hof heeft in zijn arrest van 29 oktober 2009 geoordeeld dat de aangewezen bepalingen het gelijkheidsbeginsel niet hebben geschonden.

De vennootschap blijft de vordering van het RIZIV bestrijden en herhaalt een aantal reeds opgeworpen grieven en voegt er nog nieuwe aan toe.

- Zij beroept zich op een schending van artikel 69 § 5 van de GVO-wet waarin is bepaald dat het globaal budget wordt vastgesteld na overleg met de representatieve vertegenwoordigers van de geneesmiddelenindustrie.

Zij merkt op dat het budget voor de geneesmiddelen voor het jaar 2001 met daaraan gekoppeld de responsabilisering van de sector bij budgetoverschrijding werd overeengekomen zonder dat de generische bedrijven, georganiseerd binnen BGA of Febelgen bij die besprekingen betrokken werden.

De vennootschap maakte deel uit van BGA (Belgian Generics Association) waarvan zij enkel statuten voorlegt die op 16 mei 2002 in het Belgisch Staatsblad zijn verschenen, hetzij nadat de onderhandelingen over de in het geding zijnde heffingen werden gevoerd.

Het Openbaar Ministerie merkt terecht op dat zij niet aantoont dat BGA of Febelgen zich bij het RIZIV als gesprekspartners hebben gemeld en in voorkomend geval in welke omstandigheden zij niet als gesprekspartners werden erkend. Evenmin toont zij aan dat die verenigingen voldoende representatief waren om de generische farmaceutische ondernemingen te vertegenwoordigen tijdens de periode waarin de onderhandelingen plaats vonden.

Bij gebreke aan toelichtingen daarover kan de grief van de vennootschap niet in aanmerking worden genomen.

- Zij betoogt verder dat de beginselen van behoorlijk bestuur zouden geschonden zijn:

a) wegens het niet naleven van de hoorplicht

In het arrest van 15 januari 2009 heeft het hof deze grief beantwoord en beslist dat er geen sprake was van schending van de hoorplicht.

b) het zorgvuldigheidsbeginsel

Zij leidt dit af uit het feit dat het RIZIV niet antwoordde op haar brief van 8 april 2003. Deze opmerking is niet terecht. Het RIZIV heeft daarop wel degelijk geantwoord met een brief van 9 mei 2003.

- In weerwil van wat het Grondwettelijk Hof heeft beslist, blijft de vennootschap erbij dat de beslissingen van het RIZIV op grond van artikel 191, 1^{ste} lid 15^o *quater* en 15^o *quinquies* strijdig zijn met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

Overeenkomstig artikel 28 van de Bijzondere wet op het Grondwettelijk Hof van 6 januari 1989, is het hof ertoe gehouden zich voor de oplossing van het geschil te richten naar het arrest van het Grondwettelijk Hof voor wat het antwoord op de prejudiciële vraag betreft.

De overwegingen B6 tot B10 van het arrest laten er geen twijfel over bestaan dat er ten aanzien van de vennootschap geen inbreuk op het discriminatiebeginsel is gepleegd.

- De nieuwe grief die de vennootschap aanvoert heeft betrekking op de schending van artikel 107 § 1 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.

Luidens artikel 107 § 1 van het Verdrag betreffende de werking van de EU (art. 92, lid 1 EEG) zijn "behoudens de afwijkingen waarin dit Verdrag voorziet, steunmaatregelen van de staten of in welke vorm ook met staatsmiddelen bekostigd, die de mededinging door begunstiging van bepaalde ondernemingen of bepaalde producties vervalsen of dreigen te vervalsen, onverenigbaar met de gemeenschappelijke markt, voor zover deze steun het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig beïnvloedt.

Opdat een steunmaatregel als staatssteun zou kunnen beschouwd worden, moeten overeenkomstig artikel 107 EU-Verdrag bijgevolg verschillende voorwaarden cumulatief vervuld zijn:

- de maatregel kent aan bepaalde ondernemingen of producties een voordeel toe dat zij in normale marktomstandigheden niet zouden hebben genoten
- hij wordt bekostigd door de Staat of met staatsmiddelen
- hij kent een selectief economisch voordeel toe waardoor bepaalde sectoren, ondernemingen of producties worden bevoordeeld
- hij hindert het handelsverkeer tussen de lidstaten
- hij verstoort de mededinging of dreigt die te verstoren.

Nu de bestreden heffingen waaraan de farmaceutische firma's worden onderworpen niet van toepassing zijn op de groothandelaars-verdelers, is appellante van oordeel dat deze aldus een steunmaatregel genieten die onverenigbaar is met artikel 107 § 1 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.

Zij wijst erop dat deze groothandelaars-verdelers via de marges die zij ontvangen, eveneens een inkomen genieten in functie van de verkochte vergoedbare specialiteiten en dat hen tijdens de periode 1 januari 1996 tot 31 december 1997 wel een heffing werd opgelegd op hun brutowinst.

Zij besluit daaruit dat zij niet kan gehouden zijn tot betaling van de gevorderde heffingen.

Deze nieuwe argumentatie van appellante verbaast nu zij eerder betoogde dat zij als firma die generische geneesmiddelen produceert, niet op gelijke voet mocht worden gesteld met andere farmaceutische firma's en had moeten vrijgesteld worden van de aan de farmaceutische firma's opgelegde heffingen.

In haar repliek op het advies van het OM wijst zij erop dat het haar toegelaten is om niet enkel aan groothandelaars-verdelers te leveren maar ook aan publieksapothekers, op grond van:

- artikel 79 van het Koninklijk besluit van 14 december 2006 betreffende geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik
- artikel 22 van het Koninklijk besluit van 6 juni 1960 betreffende de fabricage, de bereiding en distributie in het groot en de terhandstelling van geneesmiddelen.

Enkel deze laatste bepaling was van toepassing tijdens de periode waarop het geschil betrekking had.

Appellante bracht echter geen elementen bij waaruit bleek dat zij daadwerkelijk een relevante omzet realiseerde via directe verkoop.

Appellante merkt op dat de Belgische autoriteiten de artikelen uit de wet van 10 juni 2006 tot hervorming van de heffingen op de omzet van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten waarin een heffingsvrijstelling is voorzien in artikel 191, 15^o in tegenstelling tot de vrijstelling van de groothandelaars wel als een voorgenomen steunmaatregel hebben aangemeld bij de Europese Commissie. (steunmaatregel N335/2007- België haar Stuk 1.16).

De door het RIZIV aan de Commissie aangezegde maatregel waarnaar appellante verwijst, had betrekking op bepaalde zeer specifieke geneesmiddelen die door farmaceutische firma's op de markt werden gebracht (weesgeneesmiddelen en Cx-specialiteiten), voorzien door artikel 2 van de wet van 10 juni 2006 en de heffingskorting waarvan bepaalde farmaceutische firma's genieten.

Die maatregel beoogde investeringen te ondersteunen van farmaceutische bedrijven in het domein van die geneesmiddelen omdat dergelijke geneesmiddelen voor de industrie niet interessant zijn als financieringsbron, doch wel noodzakelijk voor de adequate behandeling van bepaalde ziekten, zoals de minister tijdens de parlementaire voorbereiding benadrukte (Parl. st. Kamer, zitting 2005-2006, Doc. 2377/002, blz. 10 st. 3.23 Appellante).

De voorgenomen vrijstelling had betrekking op farmaceutische firma's, die in principe alle tot betaling van heffingen zijn gehouden. Dit is niet het geval voor groothandelaars. Deze aangelegenheid is bijgevolg niet zonder meer vergelijkbaar met de door appellante opgeworpen schending en kan niet worden aangegrepen als bewijs dat het om een steunmaatregel ging die had moeten worden aangemeld.

Bij de beoordeling van de aangemelde artikelen evalueerde de Commissie de aard en het opzet van het stelsel van heffing op de omzet van farmaceutische specialiteiten. De omzet die zij behalen met vergoedbare specialiteiten behalen zij ten dele dankzij de ziekteverzekering.

Het RIZIV benadrukt dat de in het geding zijnde heffing overeenstemt met een logische solidariteitsbijdrage, volgend uit de aard en de opzet van het belastingstelsel, aangezien de vergoeding de geneesmiddelenproducenten aanvullende omzet oplevert.

Die conclusie geldt volgens de vennootschap eveneens voor de groothandelaars-verdelers van die geneesmiddelen daar hun omzet eveneens wordt beïnvloed door de marge die zij krijgen op verkoopbare specialiteiten.

Toegepast op de door haar gemaakte vergelijking, stelt appellante dat:

- de heffingen een onderdeel zijn van het belastingstelsel zodat aan de groothandelaars een belastingvrijstelling wordt verleend
- aldus wordt hen een economisch, niet conform marktvoordeel verleend
- dit voordeel wordt met staatsmiddelen bekostigd
- de mededingingspositie van de groothandelaars ten overstaan van de farmaceutische firma's wordt aldus versterkt
- een maatregel als een heffing op de omzet van farmaceutische ondernemingen kan de handelsstromen tussen lidstaten beïnvloeden aangezien de farmaceutische markt een groot aantal multinationale ondernemingen telt.

Appellante meent haar stelling bevestigd te zien in verschillende arresten van het Hof van Justitie, met name het arrest Tiercé Ladbroke t. Commissie, C-353/95 P; het arrest Ferring /ACOSS van 22 november 2001, C-53/00 en het arrest Laboratoires Boiron /URSSAF de Lyon van 7 september 2006, C-526/04).

De arresten Ferring en Boiron, hadden betrekking op een heffing op de rechtstreekse verkoop van geneesmiddelen door farmaceutische firma's waarvan groothandelaars waren vrijgesteld.

In de zaak Boiron/Urssaf, benadrukte het Hof van Beroep van Versailles in zijn arrest van 2 september 2010 dat uit de parlementaire voorbereiding betreffende de invoering van een bijdrage op directe verkoop bleek dat de taks beoogde de gelijkheid van de concurrentiepositie te bewerkstelligen tussen farmaceutische laboratoria enerzijds, die rechtstreeks terugbetaalbare geneesmiddelen verkochten bij apotheken en de groothandelaars-verdelers anderzijds door aan de eerste categorie een bijdrage op te leggen omdat zij niet onderworpen waren aan dezelfde verplichting tot openbare dienstverlening als de tweede categorie.

In de zaak Ferring stelde het Hof van Justitie eveneens vast dat de heffing ten aanzien van de farmaceutische firma's op de rechtstreekse verkoop het evenwicht beoogde te herstellen inzake mededingingsvoorwaarden tussen de twee distributiecircuiten voor geneesmiddelen, die volgens de Franse wetgever waren vervalst omdat enkel voor de groothandelaars-verdelers verplichtingen golden inzake openbare dienstverlening. (punt 19)

Die heffing was opgelegd nadat gebleken was dat de groei van de rechtstreekse verkoop bij de groothandelaars was stilgevallen ten gunste van de verkoop door farmaceutische laboratoria. (arrest van het Hof van Versailles in de zaak Boiron, arrest Ferring punt 19)

Na het opleggen van de heffing bleek een omgekeerde beweging daar de groothandelaars-verdelers marktaandeel hadden teruggewonnen. (Ferring punt 19)

In die beide zaken, beoogde de heffing bijgevolg een compensatie voor de openbare dienstverplichting die op de groothandelaars rustte in verband met het ter beschikking houden van voldoende reserves om binnen zeer korte tijdsperiodes medicijnen te kunnen leveren.

Het Hof van Justitie besloot dat het voordeel voor de groothandelaars-verdelers ingevolge het feit dat zij niet onderworpen waren aan de heffing op de rechtstreekse verkoop, slechts als staatssteun kon worden aangemerkt voor zover het groter was dan de extra kosten voor openbare dienstverlening die zij moesten dragen.

In haar vergelijking met de aangehaalde arresten, laat appellante buiten beschouwing:

- dat de aard en het opzet van de heffingen in die zaken verschilden van deze die worden opgelegd door artikel 191, 1, 15^{de} lid *quater* en 15^{de} lid *quinquies* GvU-wet waarover het geschil handelt
- dat zij zich niet in een feitelijke en juridische vergelijkbare situatie bevindt met deze van de groothandelaars-verdelers.

De heffingen opgelegd door de GvU-wet beogen geen herstel van het evenwicht in de distributiecircuiten dat vervalst was ingevolge de openbare dienstverplichting van de groothandelaars, zoals het geval was in de door de vennootschap aangehaalde zaken. Nergens kan uit opgemaakt worden dat de groothandelaars-verdelers van de door de GvU-wet opgelegde heffingen zouden vrijgesteld zijn omdat zij belast waren met het verlenen van een openbare dienst.

De in het geding zijnde heffingen beogen het financieel evenwicht van de ziekteverzekering en de beheersing van de uitgaven voor de ziekteverzekering door de overschrijdingen van de geneesmiddelenbegroting tegen te gaan als gevolg van de toename van het geneesmiddelenverbruik, via een systeem van budgettering met recuperatie ten laste van diegenen *die mede verantwoordelijk worden geacht voor die budgetoverschrijdingen, te weten de farmaceutische bedrijven* en hen hierdoor aan te zetten tot besparingsinspanningen.

Deze heffingen kwamen er na de vaststelling dat de uitgaven voor farmaceutische verstrekkingen aanzienlijke stijgingen vertoonden. Het Openbaar Ministerie wijst er in zijn advies op dat de uitgaven voor farmaceutische verstrekkingen tijdens de periode van 1995 tot 2002 gestegen zijn met 60 %.

In zijn arrest van 5 mei 2004 (73/2004 rolnr. 2741) overwoog het Grondwettelijk Hof; met betrekking tot de aard en het opzet van de heffing

“B.7.2 Die onderscheiden heffingen beogen bij te dragen tot de financiering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, waarbij de sedert 1990 uitgestippelde weg wordt gevolgd om een alternatieve financiering van die sector te zoeken. ...

B.7.3 Bij de vaststelling destijds dat de stijgende winsten van de farmaceutische ondernemingen worden bevorderd door het stelsel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, terwijl de uitgaven van het RIZIV blijven toenemen. (Parl. ST. Senaat, 1997-1998, nr. 1-814/3, blz. 66) vermocht de wetgever van oordeel te zijn dat de juridische grondslag van de verschillende heffingen diende te worden verstevigd. Hij kon terecht van mening zijn dat de vereisten van het algemeen belang verantwoordden dat een bijdrage die sedert 1990 is ingesteld en die onontbeerlijk is voor het begrotingsevenwicht van de verzekering voor geneeskundige verzorging zou worden gehandhaafd.” (ibid. blz. 26).

Het Grondwettelijk Hof wees erop dat de heffing op omzet afhankelijk is van de mate waarin de uitgaven in de geneesmiddelensector van de ziekte- en invaliditeitsverzekering de budgettaire vooruitzichten overschrijden en dat wanneer het budget niet wordt overschreden, de heffing wordt teruggestort en dat over dit budget afspraken werden gemaakt met de farmaceutische sector.

De groothandelaars zijn niet verantwoordelijk voor het produceren en inschrijven van geneesmiddelen op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, in tegenstelling tot de farmaceutische bedrijven.

Zoals het Openbaar Ministerie opmerkt is hun verantwoordelijkheid beperkt tot het bezitten van een toereikende hoeveelheid geneesmiddelenvoorraad en het ter beschikking houden en leveren van de op de markt gebrachte geneesmiddelen. Zij brengen deze niet zelf op de markt.

Reeds verschillende malen hebben farmaceutische ondernemingen zich erover beklagd dat andere marktdeelnemers uitgesloten bleven van de heffingen en aan het Grondwettelijk Hof de vraag voorgelegd of dit geen schending van het gelijkheidsbeginsel uitmaakte.

Wat de vergelijking betrof met andere actoren van de verzekering voor geneeskundige verzorging, onder meer de groothandelaars-verdelers, overwoog het Grondwettelijk Hof reeds herhaaldelijk dat er objectieve verschillen bestonden die verantwoordden dat zij verschillend kunnen worden behandeld, daar de farmaceutische sector, door het aanbod van geneesmiddelen dat hij organiseerde, door de terugbetaling die hij vraagt of door de winst die hij opstrijkt door het geneesmiddelenverbruik, een specifieke rol speelde die niet kon worden betwist. (GH 5-5-2004, B.14.2; GH 19-9-2007 (4013-4014, B.11.3)).

In het arrest van 19 september 2007 benadrukt het Grondwettelijk Hof nogmaals: "Verschillende redenen verantwoorden dat de wetgever met het oog op de responsabilisering van de farmaceutische industrie, in geval van een begrotingsoverschrijding van het globaal budget van terugbetaalbare geneesmiddelen, het totaalbedrag ervan te haren laste legt. Het onder controle houden van het budget van de terugbetaalbare geneesmiddelen is noodzakelijk voor het evenwicht in de ziekte- en invaliditeitsverzekering, waarvan de farmaceutische industrie, als financieel meest begunstigde van de consumptie en *a fortiori* van de overconsumptie van geneesmiddelen, meer dan van de andere actoren in de sector een financiële inspanning mag worden gevraagd. De consumptie van geneesmiddelen kan immers niet los worden gezien van het globale stelsel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, dat middels het terugbetalingssysteem ertoe bijdraagt dat de toename van het verbruik van geneesmiddelen, die leidt tot de meeruitgaven die een budgetoverschrijding veroorzaken, financieel voornamelijk de farmaceutische industrie ten goede komt. Bovendien wordt het globaal budget van de financiële middelen voor de verstrekkingen van farmaceutische specialiteiten overeenkomstig artikel 69, § 5 van de wet betreffende de geneeskundige verzorging en uitkeringen vastgesteld na overleg met de representatieve leden van de geneesmiddelenindustrie, bedoeld in artikel 191, 15^o *quater* van de wet. (GH 19-9-2007, B.16.3).

Het Grondwettelijk Hof stelde derhalve duidelijk dat er tussen de farmaceutische firma's en de groothandelaars-verdelers objectieve verschillen bestaan die een verschillende behandeling verantwoorden.

Het Hof van Justitie legt er de nadruk op dat bij het beantwoorden van de vraag of een overheidsmaatregel een selectief karakter heeft, moet nagegaan worden of deze binnen het kader van een bepaalde rechtsregeling een voordeel verschaft aan bepaalde ondernemingen ten overstaan van andere ondernemingen die zich in een feitelijke en juridisch vergelijkbare situatie bevinden. (Ger. EG T 215/04 18-12-2008 Gibraltar/Verenigd Koninkrijk; H.v.J C-487/06 22-12-2008 British Aggregates Association / comm; H.v.J. C-88/03 6-9-2006, Portugal/Commissie)

In geval de ondernemingen zich feitelijk in een vergelijkbare situatie bevinden met andere marktdeelnemers, moet worden nagegaan of de gunstigere fiscale behandeling die hen is voorbehouden inherent is aan de wezenlijke beginselen van het stelsel van belastingheffing dat in de betrokken staat van toepassing is en in overeenstemming met de beginselen van coherentie en evenredigheid. (H.v.J. C-78/08, 79/08 en 80/08 van 8-9-2011 Paint Graphos)

Verder kan volgens het Hof van Justitie het bestaan van een voordeel in de zin van artikel 92, lid 1 (nu art. 107 van het EU-Verdrag) niet automatisch worden afgeleid uit het feit dat de betrokken ondernemingen verschillend worden behandeld. Van een dergelijk voordeel is immers geen sprake wanneer deze verschillende behandeling is gerechtvaardigd door redenen die de opzet van het systeem betreffen. (H.v.J., Ferring, punt 17 en in dezelfde zin H.v.J. 9-12-1997, Tiercé Ladbroke / Commissie C-353/95 P jurispr; blz. I-7007 met name punten 33 en 35)

Het mededingingsbeginsel is dus verwant met het gelijkheidsbeginsel. Het moet voor de marktdeelnemers gelijke voorwaarden op de betrokken markt opereren.

Herhaaldelijk oordeelde het Hof van Justitie dat het begrip staatssteun niet ziet op maatregelen die op het vlak van heffingen tussen ondernemingen differentiëren, wanneer deze differentiatie het gevolg is van de aard of de systematiek van het betrokken stelsel van heffingen. (H.v.J. 487/06, 22-12-2008 British aggregates)

Het hof besluit dat in voorliggende zaak appellante als farmaceutische firma, zich in een feitelijke en juridisch onderscheiden situatie bevindt ten overstaan van de groothandelaars-verdelers en dat de heffingen waartoe zij op grond van de GVU-wet is gehouden naar hun aard en opzet een onderscheid verantwoorden tussen beide onderscheiden categorieën.

De vennootschap hield aanvankelijk niet voor dat zij zich eveneens in een concurrerende positie zou bevinden ten overstaan van de groothandelaars en haar argumentatie was daar ook niet op gesteund.

Pas in haar repliek op het advies van het Openbaar Ministerie, neergelegd op de laatste dag van de daarvoor voorziene termijn ontwikkelde zij daaromtrent een argumentatie en zij wenst dit nu met stukken aan te tonen. Noch over die argumentatie noch over de nieuwe stukken werd enige tegenspraak gevoerd terwijl de vennootschap voldoende de gelegenheid heeft gekregen om haar argumentatie voor te bereiden en haar bewijsmiddelen voor te leggen.

De vennootschap brengt verder geen elementen aan die toelaten te besluiten dat er een beïnvloeding is of kan zijn van het handelsverkeer dat het nationaal niveau overstijgt of dat de omvang ervan van die aard is dat hij weerslag kan hebben op het verkeer tussen lidstaten. Artikel 107, 1 EU-Verdrag (92, 1 EEG) is enkel in dat geval van toepassing.

Zelfs in de hypothese dat de vrijstelling van de groothandelaars-verdelers van de bestreden heffing ais een steunmaatregel zou moeten beschouwd worden, dan nog kan appellante daar niet uit besluiten dat zij de heffing niet verschuldigd zou zijn.

Het Openbaar Ministerie merkt terecht op dat het Hof van Justitie herhaaldelijk heeft geoordeeld dat ondernemingen die een heffing verschuldigd zijn zich niet aan de betaling ervan kunnen onttrekken of daarvan geen terugbetaling verkrijgen met het argument dat de door andere ondernemingen genoten vrijstelling staatssteun vormt. Hieruit volgt dat zelfs indien de belastingsvrijstelling een steunmaatregel zou zijn, de eventuele onrechtmatigheid ervan de rechtmatigheid van de heffing niet kan opheffen. (H.v.J. 20-9-2001, Banks, punt 80; Distribution Casino France, punten 42 en 44 en H.v.J. 15-6-2006 Air Liquide C-393/04 en C-41/04 jurispr; blz. I-9481, punt 30 en aldaar aangehaalde rechtspraak)

Om een heffing ais een integrerend onderdeel van een steunmaatregel te kunnen aanmerken die aanleiding geeft tot terugbetaling, moet er krachtens de relevante nationale regeling een dwingend bestemmingsverband bestaan tussen de heffing en de steun, in die zin dat de opbrengst van de heffing noodzakelijkerwijs voor de financiering van de steun wordt bestemd. (arrest Boiron, 43, 44, arrest H.v.J. 15-6-2006, C-393/04; 41/04 Air Liquide punt 45 en aangehaalde RS)

Anders dan het geval was in de zaak Ferring en Boiron, waar de heffing op rechtstreekse verkoop voor de financiering van de steun aan de groothandelaars-verdelers was bestemd, is het hof van oordeel dat in voorliggende zaak dit dwingend bestemmingsverband niet voorhanden is.

De vrijstelling van heffing en de omvang ervan zijn immers niet afhankelijk van de opbrengst van de heffing.

Het hof besluit dat geen van de door appellante aangehaalde argumenten haar kan ontheffen van betaling van de door het RIZIV gevorderde heffingen.

...

III. Cour du travail de Bruxelles, 5 janvier 2012

Loi-programme du 2 janvier 2001, articles 57 à 59 - Interventions financières prévues par l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002

C'est à bon droit que le décompte des subventions auxquelles l'institution de soins agréé a droit pour financer la rémunération du personnel occupé dans cette institution a été adressé à l'institution de soins ; c'est en effet celle-ci qui est bénéficiaire de la subvention ; la société gestionnaire ne bénéficie pas d'un droit propre à l'intervention de l'INAMI.

INAMI c./CCG sprl
R.G. 2009/AB/52789

...

Faits et antécédents de procédure

1. Le 30 novembre 2005, l'INAMI a notifié un décompte selon lequel la maison de repos exploitée sous la dénomination "Les Jardins de P." à Bruxelles a perçu un montant trop élevé de subventions pour la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 décembre 2003 à concurrence de 34 319,05 EUR et que ce montant sera récupéré sur l'avance suivante (dossier appelant, pièce 1). Ce décompte a été adressé "Au responsable" de "Les Jardins de P.", à l'adresse de la maison de repos.

2. Par citation du 23 décembre 2005, la s.a. C.C., a cité l'INAMI devant le Tribunal du travail de Bruxelles, déclarant faire "opposition" à cette décision du 30 novembre 2005.

La s.a. C.C. a demandé au Tribunal du travail la mise à néant de la décision et d'entendre dire que l'INAMI devra allouer l'intégralité des avances lui revenant. Elle invoque qu'elle n'était pas l'exploitante de la maison de repos au cours de la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 décembre 2003, visée par le décompte. La société expose à ce moment que :

- l'institution de soins dénommée les Jardins de P. était exploitée à l'époque par la s.a. Les Jardins de P.
- par décision du 29 novembre 2004, l'assemblée générale de la s.a. Les jardins .de P. a prononcé la dissolution et la liquidation (volontaire) de la société ; un liquidateur a été désigné
- la maison de repos a été cédée par la société en liquidation à la s.a. C.C. avec effet au 1^{er} avril 2005.

Elle estime qu'elle n'est pas redevable des avances trop perçues par la s.a. Les Jardins de P. et que l'INAMI doit en réclamer le montant à la société en liquidation.

3. Par un acte notarié du 17 août 2006, l'assemblée générale de la s.a. C.C. a décidé de la dissolution anticipée, sans liquidation, de la société en vue de la scission par absorption de cette société par voie d'apport de l'intégralité de son patrimoine à la s.p.r.l. C.C.G.. Par voie de conclusions déposées devant le Tribunal du travail en décembre 2008, cette dernière société a repris l'instance de la s.a. C.C.

4. Le Tribunal du travail a fait droit à la demande de la société.

Jugement entrepris

Par le jugement du 25 septembre 2009, le Tribunal du travail décide :

- “donne acte à la partie demanderesse (étant la s.p.r.l. C.C.G.) de sa reprise d’instance
- déclare la demande recevable et fondée
- annule la décision attaquée
- condamne l’INAMI à payer à la partie demanderesse la somme de 34 319,05 EUR indûment déduite de son intervention pour l’année 2005
- condamne l’INAMI aux dépens de l’instance, liquidés par la partie demanderesse à 1 200 EUR (indemnité de procédure)”.

Demandes des parties en appel

L’INAMI forme appel de ce jugement en ce qu’il le condamne à payer à l’intimée la somme de 34 319,05 EUR et le condamne aux frais et dépens de la première instance. L’INAMI demande à la cour :

- “à titre principal, déclarer l’appel recevable et fondé et mettre le jugement à néant
- en conséquence, confirmer la décision du 30 novembre 2005 par laquelle l’appelante a déduit des avances futures à allouer à la maison de repos “les jardins de P.” les avances indûment perçues précédemment par cette même maison de repos
- à titre subsidiaire, déclarer la maison de repos “les jardins de P.” exploitée par l’intimée comme une nouvelle institution avec toutes les conséquences qui en découleront pour son financement
- condamner l’intimée aux dépenses des deux instances.”

La s.p.r.l. C.C.G. partie intimée, demande à la cour de confirmer le jugement.

Position des parties

1. À titre principal, l’INAMI, partie appelante, soutient que l’intervention financière litigieuse est liée à l’institution de soins, indépendamment de la personne physique ou morale qui l’exploite.

À titre subsidiaire, l’INAMI conteste que la cession lui soit opposable. Il conteste l’affirmation du Tribunal du travail selon laquelle l’INAMI aurait fait inscrire sa réclamation au passif de la liquidation de la s.a. Les Jardins de P.

À titre infiniment subsidiaire, s’il était confirmé que l’INAMI ne peut pas réclamer le trop perçu d’avances, l’INAMI sollicite de déclarer que la maison de repos est une nouvelle institution, avec toutes les conséquences qui en découleront pour son financement.

2. La s.p.r.l. C.C.G., partie intimée, fonde sa position sur l’existence de la cession du fonds de commerce portant sur l’exploitation de la maison de repos et sur l’absence de personnalité juridique propre à cette maison de repos. Elle soutient que la société gestionnaire dispose d’un droit propre à l’obtention des subventions. Elle estime que la thèse de l’INAMI ne repose sur aucun fondement juridique.

Discussion

1. La demande originale émane de la société intimée. Elle vise à “entendre mettre à néant” la décision de l’INAMI et à entendre dire pour droit que l’INAMI doit lui allouer l’intégralité des avances “lui revenant”. Le premier juge a annulé la notification attaquée ; son raisonnement se fonde sur la cession intervenue et estime sans fondement juridique la thèse soutenue (à titre principal) par l’INAMI.

2. La contestation en appel porte sur l'application par l'INAMI du mécanisme de financement de l'harmonisation des barèmes prévu en application de la loi-programme du 2 janvier 2001, dans l'hypothèse d'une cession d'un fonds de commerce portant sur l'exploitation d'une maison de repos intervenue (à l'insu de l'INAMI) entre la période pour laquelle des avances ont été reçues par la maison de repos, et le moment du décompte définitif des montants dus pour cette période.

L'examen ci-après de cette contestation pose, d'abord, le cadre légal de la réglementation (A) et vérifie la régularité de la notification de l'INAMI (B), régularité attaquée par la société intimée et mise en cause par le premier juge.

L'incidence d'une cession de fonds de commerce sur l'application de cette réglementation est examinée ensuite (C).

L'affirmation de la société intimée, affirmation admise par le premier juge, selon laquelle l'INAMI aurait fait inscrire sa réclamation au passif de la société en liquidation, est contestée par l'INAMI. Ce fait affirmé par la société intimée n'est pas établi par les pièces auxquelles la cour peut avoir égard. Ce fait ne sera pas retenu par la cour dans son analyse.

A. Le cadre légal et réglementaire de l'intervention de l'INAMI

3. *La loi-programme du 2 janvier 2001 (art. 57 à 59)¹ constitue le cadre légal du système d'intervention à l'origine du litige. La loi instaure un "règlement pour la prise en charge de l'incidence financière des accords sociaux relatifs au secteur des soins de santé et qui sont conclus par le Gouvernement fédéral avec les organisations représentatives concernées des employeurs et des travailleurs salariés" (loi, art. 57).*

Les articles 57 à 59 ont été votés par la Chambre des représentants suite à un amendement déposé à l'initiative de la majorité ; l'amendement est brièvement motivé. Au moment du vote en Commission parlementaire, il ne semble pas encore décidé si ce soutien sera à charge du Budget de l'État ou du budget de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités². L'exécution de cette mesure est intégralement déléguée au Roi (loi, art. 59). Selon l'article 59 de la loi :

"Le Roi détermine, par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les mesures dont l'incidence financière est prise en charge par l'autorité et les modalités en vue de fixer l'incidence financière, le montant et le paiement de l'intervention financière.

À cet effet, le Roi peut :

- 1° Désigner les données sur la base desquelles l'intervention est déterminée
- 2° Désigner les services publics qui doivent rassembler et traiter ces données
- 3° Déterminer la façon dont l'intervention doit être calculée
- 4° Fixer la période à laquelle cette intervention s'applique
- 5° Déterminer la personne physique ou morale à laquelle l'intervention doit être payée et les moments auxquels ce paiement doit avoir lieu
- 6° Déterminer le bénéficiaire de l'intervention
- 7° Désigner les services publics chargés du calcul et du paiement de cette intervention et du contrôle de son utilisation
- 8° Désigner la partie de l'incidence financière des interventions qui sera prise en charge par le budget de l'État ou la partie à charge du budget de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités."

1. Loi parue au M.B. du 03.01.2001 sous l'intitulé "Loi du 2 janvier 2001 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses"; voir le texte rectifié, intitulé "loi programme", publié au M.B. du 13.01.2001.

2. Amendement n° 49, doc 50-950/5, et rapport, doc 50-950/13, pp. 35/36.

4. L'exécution de cette mesure est l'objet de l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002³

L'arrêté royal met en place une intervention spécifique, dont le coût est imputé au budget global des moyens financiers de l'INAMI (A.R., art. 8). L'intervention porte sur une intervention financière annuelle pour les membres du personnel, en compensation des mesures en matière d'harmonisation des barèmes et d'augmentation des barèmes (A.R., art. 2).

L'arrêté précise le bénéficiaire de cette intervention (1) et les modalités de l'intervention (2). L'arrêté royal ne prévoit rien concernant le gestionnaire de l'institution (3).

(1) Le bénéficiaire de l'intervention

5. Le droit à l'intervention financière est conféré à "l'employeur"⁴. Les termes "employeur"⁵ et "institutions"⁶, sont ensuite employés alternativement par l'arrêté. L'usage indifférent de ces termes peut se comprendre par la définition que l'arrêté donne au terme "employeur". Le terme employeur est défini par les institutions visées à l'article 34, 11^o et 12^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,(...)⁷.

Au sens de la réglementation, ce sont donc les "institutions" qui, en tant qu'employeurs, ont droit à l'intervention financière, en particulier (11^o) *les maisons de repos et de soins (...) agréées par l'autorité compétente*, ainsi que (12^o) *les maisons de repos pour personnes âgées (...) agréées par l'autorité compétente*. Ces institutions sont visées par la loi INAMI (art. 2, n) en tant que "dispensateurs de soins".

Cette affectation du subside à l'employeur, étant le dispensateur de soins agréé, présente une logique certaine, puisqu'elle vise à assurer le financement des soins de santé via une intervention dans les frais de personnel du dispensateur de soins.

Le droit à l'intervention n'est pas conféré au gestionnaire de l'institution de soins.

6. L'arrêté royal attribue l'intervention à l'institution "agréée par l'autorité compétente".

L'autorité compétente pour accorder l'agrément est en l'espèce la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale. Au moment des faits, l'agrément de Communauté française est régi par le décret du 10 mai 1984⁸ (Mon. 15.06.1984) et par le règlement du 17 décembre 1993 (cité et produit par l'INAMI) pris en exécution de ce décret⁹.

L'agrément par l'autorité compétente vise les "établissements" (décret, art. 1^{er}), définis comme les établissements d'hébergement où le logement ainsi que les soins familiaux et ménagers sont fournis collectivement aux personnes âgées de plus de 60 ans. L'agrément de la Communauté française ne vaut que pour l'établissement situé à l'adresse indiquée dans la demande d'agrément.

L'agrément de la Communauté française vise ainsi l'unité de soins, non le gestionnaire de l'institution.

3. A.R. du 01.10.2002 pris en exécution des art. 57 et 59 de la loi programme du 02.01.2001 concernant l'harmonisation des barèmes et l'augmentation des barèmes dans certaines institutions de soins (Mon. 11.10.2002) ; abrogé depuis lors par l'A.R. du 17.08.2007 (art. 62, Mon. 21.09.2007).

4. A.R., art. 2.

5. Cf. A.R., art 3, al. 1^{er}.

6. Cf. A.R., art. 3, al. 5; art. 4, § 4.

7. A.R., art. 1^{er}, 5^o. Cette définition par référence à l'art. 34 de la loi INAMI ne sera pas modifiée, jusqu'à l'abrogation de l'A.R. par l'A.R. du 17.08.2007; la nouvelle réglementation mise en place à ce moment maintient l'intervention au bénéfice de "l'employeur", défini par référence aux "institutions" visées à l'art. 34 (al. 1^{er}, 11^o et 12^o) de la loi INAMI (A.R. du 17.08.2007, art. 1^{er} et 2).

8. Décret du 10.05.1984 relatif aux maisons de repos pour personnes âgées (Mon. 15.06.1984). Texte modifié par les décrets des 27.03.1985, 20.07.1988, 12.12.1989 et 26.06.1992.

9. Règlement de la Commission communautaire française du 17.12.1993 fixant la procédure relative à l'autorisation de fonctionnement provisoire, à l'agrément, au refus et au retrait d'agrément et à la fermeture des établissements visés à l'art. 1^{er} du décret du 10.05.1984 relatif aux maisons de repos pour personnes âgées et déterminant les modalités d'octroi de l'accord de principe visé à l'art. 2bis du décret du 10.05.1984 relatif aux maisons de repos pour personnes âgées (Mon. 29.01.1994). Texte modifié par les arrêtés des 19.06.1997, 28.05.1998, 25.06.1998 et 03.06.1999.

(2) Les modalités de l'intervention

7. L'intervention accordée par l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 est distincte des remboursements ordinaires de l'INAMI; un système particulier est instauré pour en assurer le paiement. Ainsi :

- pour pouvoir en bénéficier, l'employeur doit faire une déclaration (art. 3)
- l'intervention est d'abord versée de manière provisoire (art. 6, § 1^{er}) sous forme d'avances (quatre avances trimestrielles) en fonction de certains paramètres liés au personnel occupé (art. 4)
- pour le 4^e trimestre 2002 et pour l'année 2003 (période sur laquelle porte les avances litigieuses), l'intervention provisoire est calculée sur la base de l'information fournie par l'employeur au fonctionnaire dirigeant concernant la situation du 1^{er} avril au 30 septembre 2002 (art. 6, § 1^{er}, a. et art. 5, § 3)
- l'employeur doit transmettre annuellement les données au plus tard le 31 janvier de l'année suivante celle à laquelle les données ont trait (art. 5)
- l'intervention est ensuite l'objet d'une régularisation (art. 6, § 2)
- en cas de différence entre les avances versées et le montant dû, l'arrêté royal précise (art. 6, § 2, *in fine*) que :
 - la différence, entre les interventions définitives et les avances, est liquidée par le paiement de l'avance au 30 avril et, le cas échéant, également par le paiement des avances suivantes
 - si un employeur a perçu trop d'avances et si la récupération ne peut se faire par les avances suivantes, le solde est reversé par l'employeur à l'INAMI et ce, avant la fin du mois qui suit le mois pendant lequel le fonctionnaire dirigeant a communiqué à l'employeur le montant à récupérer
- Le Service du contrôle administratif de l'INAMI est chargé du contrôle de l'exactitude des données communiquées par les employeurs au fonctionnaire dirigeant (art. 7).

L'organisation du système n'a pas varié, sur ces points, jusqu'à l'abrogation de l'arrêté royal.

(3) Le gestionnaire de l'institution

8. Aucune disposition de l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 ne vise le gestionnaire de l'institution. Lorsque la réglementation vise l'employeur, elle le définit comme étant l'institution de soins agréée (cf. ci-avant, pt. 1). Aucune disposition régissant les subventions litigieuses n'a pour effet, en cas de changement de gestionnaire de l'institution, une rupture dans le système de calcul des avances mises en place par l'arrêté royal, dès lors qu'il s'agit d'une même institution agréée (continuité de l'agrément).

9. La réglementation relative à l'agrément par la Communauté française prévoit l'hypothèse d'un changement de la personne physique ou morale qui gère l'institution de soins :

- l'agrément prend fin de plein droit en cas de changement de la personne physique ou morale qui gère l'établissement (décret, art. 3, § 2)
- une procédure est mise en place pour assurer la continuité de l'agrément de l'établissement en cas de reprise d'un établissement agréé, et ce avant que la reprise ne produise ses effets (décret, art. 7 ; règlement, art. 27 et 28).

Il en résulte que, en cas de cession d'un fonds de commerce portant sur l'exploitation d'une maison de repos agréée, le cessionnaire doit respecter cette procédure auprès de la Communauté française, s'il veut bénéficier, pour l'établissement concerné, d'une continuité de l'agrément auprès de l'autorité compétente, et par voie de conséquence d'une continuité de l'agrément INAMI indispensable pour maintenir la continuité des subventions à cet établissement.

10. La s.a. C.C. s'est conformée à cette procédure : cessionnaire de l'établissement "les Jardins de P.", elle a introduit le 16 mars 2005 une demande auprès de la Communauté française afin d'assurer la continuité de l'agrément de l'établissement de soins. Un arrêté de la Communauté française du 7 février 2006 a accordé une autorisation de fonctionnement provisoire comme maison de repos, à partir du 1^{er} juillet 2005, à "l'établissement, dénommé les Jardins de P. (...), ayant comme gestionnaire la s.a. C.C. (...)" (dossier appelant, pièce 3).

Ceci assure, par conséquent, à propos de l'établissement "les Jardins de P.", la continuité de la notion "institution agréée par l'autorité compétente", au sens de la loi INAMI et au sens de l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002.

B. Validité de la notification du 30 novembre 2005 au regard du mécanisme de subvention

11. Au regard des règles qui régissent la subvention, la notification adressée par l'INAMI à l'institution de soins, le 30 novembre 2005, ne présente aucune irrégularité. En effet :

- la réglementation prévoit que le bénéficiaire de la subvention est l'employeur, c'est-à-dire l'institution de soins agréée
- le système instauré par l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 autorise l'INAMI à verser les subventions à une institution agréée, en tenant compte d'un éventuel excédent d'avances perçues dans le passé par cette *même institution de soins agréée*, sans avoir égard au gestionnaire de cette institution
- en l'occurrence, l'institution "les Jardins de P.", maison de repos agréée, a perçu pour la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 décembre 2003 sur base de déclarations inexactes concernant son personnel employé et le nombre de journées facturées aux résidents, des avances qui excédaient les interventions financières auxquelles elle avait droit, et ce à concurrence de 34 319,05 EUR
- ni ce fait (déclarations inexactes), ni le montant (34 319,05 EUR), ne sont contestés
- les avances ont été accordées par l'INAMI à l'institution de soins "Les Jardins de P." et c'est à cette institution que l'INAMI notifie le décompte et annonce que l'excédent sera déduit des avances suivantes *dues à cette même institution*
- l'autorisation provisoire accordée par la Communauté française a pour effet que l'établissement garde la qualité d'"institution agréée", pour l'application de la réglementation INAMI (loi INAMI, art. 34), et la qualité "d'employeur", au sens de l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 (A.R., art. 1^{er})
- au regard de l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002, la notification du décompte du 30 novembre 2005, a été correctement adressée à l'employeur, c'est-à-dire à l'institution de soins agréé, concernant les subventions auxquelles l'institution de soins agréé a droit pour financer la rémunération du personnel occupé dans cette institution.

C. Incidence de la cession

12. La demande originale émane de la société intimée. Elle vise à obtenir de l'INAMI une subvention à laquelle elle estime avoir droit. La contestation soumise à la cour n'a pas pour origine une demande de l'INAMI de rembourser une dette de l'ancien gestionnaire de l'institution.

13. La société intimée invoque l'existence d'une cession de fonds de commerce entre le moment des avances provisoires et le moment du décompte, pour fonder sa demande et s'opposer au système des avances/décomptes instauré par l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002.

14. Le calcul de la subvention et les avances en compte courant au titre de financement de l'harmonisation des barèmes sont liés à l'affiliation de l'institution auprès de l'INAMI, indépendamment de la personne physique ou morale qui gère l'institution agréée. Le cessionnaire ne l'ignorait pas, qui a introduit une demande auprès de la Communauté française pour assurer la continuité de l'agrément. La continuité de cet agrément entraîne la continuité de l'agrément INAMI et, si les autres conditions sont remplies, la continuité de la subvention de l'INAMI.

L'INAMI oppose adéquatement à la demande de la société appelante l'application de la réglementation pour calculer la subvention due par lui à l'institution de soins.

Les montants dus à l'institution de soins, et notifiés par l'INAMI, ont été calculés conformément à la réglementation. La société gestionnaire de l'institution n'établit pas un droit au montant qu'elle réclame. Aucun des moyens ou arguments invoqués par la société gestionnaire en ses conclusions, ne fonde un tel droit.

15. Notamment :

- sont sans pertinence, les arguments et moyens de la société appelante fondés sur l'existence de la cession, ou les clauses particulières de la convention de cession, ou encore l'absence de disposition réglementaire prévoyant que la dette d'une institution de soins envers l'INAMI se transmet à son repreneur
- la thèse de l'INAMI, admise ci-avant par la cour, ne se fonde pas sur un mécanisme de cession de dettes implicite ou de novation par changement de débiteur. Elle se fonde sur le mécanisme de calcul de la subvention due à l'institution de soins, tel que ce mécanisme est prévu par la réglementation
- l'absence de personnalité juridique propre à l'institution de soins n'a pas d'incidence sur le mécanisme de calcul et les modalités de la subvention due à l'institution de soins. C'est l'institution de soins qui est bénéficiaire de la subvention. La société intimée ne dispose pas, en tant que gestionnaire, d'un "droit propre" à l'intervention de l'INAMI. L'argument de la société intimée relatif à l'absence de personnalité juridique de l'institution de soins confond d'une part, le mode de calcul de la subvention et ses modalités, liées à son bénéficiaire, à savoir l'institution de soins agréée (loi du 02.01.2001, art. 59, 6^o) et d'autre part, la personne physique ou morale à laquelle la subvention doit, le cas échéant, être payée (art. 59, 5^o)
- l'agrément de la Communauté française permet notamment à l'INAMI d'identifier la personne -physique ou morale- qui gère l'institution et de vérifier que les conditions d'agrément de l'institution ne sont pas affectées lors d'un changement de gestionnaire. Cette personne gestionnaire de l'institution ne se confond pas avec l'institution telle que visée par l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002
- la cession du fonds de commerce n'affecte pas la continuité de la notion d'employeur (institution agréée), au sens de l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002. La cession entraîne, au plan juridique, un transfert du personnel de l'institution de soins à la nouvelle entité juridique. À noter que la signature éventuelle par le cessionnaire de nouveaux contrats de travail avec le personnel est sans incidence sur la continuité de la notion de "même employeur" en droit du travail
- la société intimée ne justifie pas en quoi un manque de diligence serait imputable à l'INAMI et permettrait d'obtenir, à son profit, la subvention à laquelle l'institution de soins qu'elle exploite n'a pas droit par application de la réglementation. Le Service du contrôle administratif de l'INAMI a contrôlé (A.R., art. 7) l'exactitude des données communiquées par l'employeur, au sens de la réglementation visée, ce qui a donné lieu au calcul de la subvention due à cet employeur, c'est-à-dire due à l'institution de soins.

16. En conclusion, la s.a. C.C., gestionnaire de l'institution au moment de la notification du décompte (...), oppose en vain l'existence de la cession du fonds de commerce pour neutraliser le mécanisme de décompte des avances de l'INAMI. Ce mécanisme est un mécanisme de subventions lié à l'institution de soins agréée ; en l'espèce, il s'agit d'une même institution de soins agréée (continuité de l'agrément) et la subvention due à l'institution a été calculée conformément à la réglementation.

L'appel de l'INAMI est fondé. La demande originaire de la société intimée est non fondée. Il n'y a pas lieu d'examiner l'argumentation subsidiaire de l'INAMI.

...

IV. Cour du travail d'Anvers, section d'Hasselt, 19 janvier 2012

Arrêté royal du 3 juillet 1996, articles 142, § 2, et 144 – Convention de rééducation concernant les défibrillateurs cardiaques implantables – Délai d'introduction de la demande d'intervention

Selon les articles 142, § 2, et 144, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire, l'intervention dans les frais de l'intervention médicale est refusée pour les prestations effectuées plus de trente jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil.

Les articles 52 et 53 du Code judiciaire ne s'appliquent pas pour calculer ce délai de trente jours étant donné que ces dispositions sont uniquement applicables aux procédures, alors qu'en l'espèce, il s'agit d'un délai fixé contractuellement. Il n'y a donc pas prolongation quand le dernier jour utile tombe un dimanche.

INAMI c./K.P. e.a.
R.G. 2011/AH/19

...

I. Feiten en voorafgaande rechtspleging

1. De heer K. kreeg op datum van 9 januari 2009 in het ziekenhuis een hartdefibrillator ingeplant.
2. Met fax van 9 februari 2009 diende Dr. J. V. namens het ziekenhuis conform een tussen dit ziekenhuis en het RIZIV afgesloten revalidatieovereenkomst betreffende implanteerbare hartdefibrillatoren een aanvraag in bij het college van geneesheren-directeurs van het RIZIV voor tussenkomst in de kosten van de medische ingreep.
3. Met brief afgegeven ter Post in Hasselt op 12 februari 2009 en ontvangen op 13 februari 2009 diende K. door bemiddeling van het Ziekenhuis vzw bij de adviserend geneesheer van zijn mutualiteit conform de bepalingen van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, eveneens een aanvraag om tegemoetkoming in de kosten voor revalidatieverstrekingen in.

...

5. Bij brief van 18 februari 2009 deelt het RIZIV de beslissing mee van het college van geneesheren-directeurs luidende als volgt:

“Betreft : aanvraag om tegemoetkoming in de kosten voor revalidatie . . .

Hierbij berichten wij U dat het College van geneesheren-directeurs ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige verzorging van het RIZIV op basis van de door de rechthebbende overgemaakte gegevens een ongunstige beslissing heeft uitgebracht aangaande de aanvraag tot tenlasteneming van de revalidatie van betrokkene.

ONGUNSTIG WEGENS LAATTIJDIGHEID : VALT TEN LASTE VAN HET CENTRUM.

Inderdaad, volgens artikels 142 § 2, 144 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt de tegemoetkoming geweigerd voor de verstrekkingen die verricht zijn langer dan dertig dagen voor de datum waarop de aanvraag door de adviserend geneesheer is ontvangen; in dit geval : 9 februari 2009.

(...)"

...

7. Op 26 februari 2009 ontving de adviserend geneesheer een nieuwe aanvraag om tegemoetkoming in de kosten voor revalidatie op naam van K. doch ondertekend door diens echtgenote.

8. Bij brief van 8 mei 2009 deelde het RIZIV zijn beslissing mee . . .

Deze beslissing luidde als volgt:

...

Het College van geneesheren-directeurs heeft in de zitting van 22 april 2009 de vraag tot herziening van de op 18 februari 2009 genomen beslissing in verband met de hierboven vermelde aanvraag onderzocht.

Het College van geneesheren-directeurs stelt vast:

- dat de artikels 142, § 2 en 144 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepalen dat de tegemoetkoming wordt geweigerd voor de verstrekkingen die zijn verricht langer dan 30 dagen vóór de datum waarop de aanvraag door de adviserend geneesheer is ontvangen
- dat de defibrillator bij de hierboven vermelde rechthebbende werd geïmplantieerd op 9 januari 2009
- dat de aanvraag om een verzekeringstegemoetkoming door de adviserend geneesheer werd ontvangen op 9 februari 2009
- dat de in de artikels 142, § 2 en 144 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 vermelde termijn van 30 dagen werd overschreden.

Het College beslist zijn op 18 februari 2009 genomen ongunstige beslissing aangaande de aanvraag tot tenlasteneming van de revalidatie van betrokkene te handhaven.

Het College benadrukt ...

(..)" (stuk 7 administratief dossier RIZIV).

9. Met verzoekschrift ontvangen ter griffie van de arbeidsrechtbank te Hasselt d.d. 15 mei 2009 namen K., Dr. V., Dr. D. En J. Ziekenhuis vzw verhaal tegen de beslissing van het RIZIV d.d. 18 februari 2009 waarbij de tenlasteneming van de kosten van revalidatie werd geweigerd;

10. Met verzoekschrift eveneens ontvangen op 15 mei 2009 ter griffie van de arbeidsrechtbank te Hasselt namen K., Dr. V., Dr. D. en J. ZIEKENHUIS vzw verhaal tegen de beslissing van het RIZIV d.d. 8 mei 2009 houdende weigering tot herziening van de beslissing d.d. 18 februari 2009;

11. Bij vonnis d.d. 16 december 2010 voegde de arbeidsrechtbank te Hasselt de zaken samen, verklaarde ze de vorderingen ontvankelijk en gegrond, vernietigde ze de administratieve beslissingen d.d. 18 februari 2009 en 8 mei 2009 en verwees ze het RIZIV in de kosten van het geding.

Op het door het RIZIV aangevoerde verweer dat de vorderingen van K., Dr. V. en Dr. D. onontvankelijk zijn wegens gebrek aan belang, antwoordden de eerste rechters dat de bestreden beslissingen verwijzen naar K. en het Hartcentrum van J. ZIEKENHUIS vzw zodat men het betrokkenen niet ten kwade kan duiden dat namens deze partijen verhaal werd genomen.

Wat de door het RIZIV opgeworpen laattijdigheid van de aanvraag betreft (= aanvraag tussenkomst ingediend buiten de termijn van 30 dagen na de ingreep) oordeelden de eerste rechters dat voor de berekening van deze termijn artikelen 52 en 53 Gerechtelijk Wetboek gelden, volgens welke artikelen de termijn verlengd wordt tot de eerstvolgende werkdag indien de laatste dag van de termijn volgt op een zaterdag of zondag, wat *in casu* het geval is, zodat de op maandag 09 februari 2009 bij het RIZIV ingediende aanvraag om tussenkomst tijdig is.

12. Met verzoekschrift neergelegd ter griffie van het hof d.d. 20 januari 2011 stelde het RIZIV hoger beroep in tegen dit vonnis.

II. In rechte

A. Nopens de ontvankelijkheid van de vordering en van K., Dr. V. en Dr. D.

1. Het RIZIV kan vooreerst niet akkoord gaan met het standpunt van de eerste rechters inzake de ontvankelijkheid van de vorderingen van K., Dr. V. en Dr. D. en dit op basis van de motivering inhoudende dat hun vermelding in de bestreden administratieve beslissing hen het recht hiertoe geeft. Volgens het RIZIV is het criterium *in casu* het hebben van een belang om een vordering in te stellen en dat hadden K., Dr. V. en Dr. D. duidelijk niet.

2. Het hof is het eens met het standpunt van het RIZIV.

Artikel 17 Gerechtelijk Wetboek bepaalt dat de rechtsvordering niet kan worden toegelaten indien de eiser geen belang heeft om ze in te dienen.

In de bestreden beslissingen d.d. 18 februari 2009 en 8 mei 2009 waarbij de aanvragen tot tussenkomst in de revalidatiekosten werden geweigerd, werd tevens uitdrukkelijk vermeld dat de ingevolge deze weigering niet terugbetaalde kosten niet mogen ten laste worden gelegd van de verzekerde, *in casu* K.

De enige die belang had om een vordering in te stellen tegen de weigeringsbeslissingen was dan ook J. ZIEKENHUIS vzw welke de kosten van de ingreep zelf diende te dragen door de weigering van tussenkomst vanwege het RIZIV.

De vorderingen ingesteld door K., Dr. V. en Dr. D. zijn onontvankelijk wegens gebrek aan belang.

B. Nopens de laattijdigheid van de aanvraag

1. Het RIZIV betwist het standpunt van de eerste rechters inhoudende dat, inzake de berekening van de termijn van 30 dagen voor de indiening van de aanvraag tot tussenkomst op grond van artikel 2 Gerechtelijk Wetboek, de artikelen 52 en 53 toepasselijk zijn.

2. Het hof onderschrijft dit standpunt van de eerste rechters evenmin.

Voor wat betreft de aanvraag tot tussenkomst door bemiddeling van J. ZIEKENHUIS vzw ingediend door K. bij de adviserend geneesheer van zijn mutualiteit is de discussie over de al of niet toepassing van de artikelen 52 en 53 Gerechtelijk Wetboek zelfs zuiver academisch nu deze aanvraag onafgezien van de in voormelde artikelen voorziene verlenging van de termijn in elk geval te laat werd ontvangen door de adviserend geneesheer.

Artikel 139 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt het volgende:

“De aanvragen om tegemoetkoming worden ingediend door de rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging bij de adviserend geneesheer van de mutualiteit, de gewestelijke dienst of de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen waarbij hij is aangesloten of ingeschreven.

De aanvragen moeten worden opgemaakt aan de hand van een formulier conform het door het verzekeringscomité goedgekeurde model.

Artikel 142 § 2, 2^o lid van hetzelfde Koninklijk besluit verder het volgende:

Behoudens andersluidende bepalingen wordt de tegemoetkoming geweigerd voor de verstrekkingen die zijn verricht langer dan dertig dagen voor de datum waarop de aanvraag door de adviserend geneesheer is ontvangen”.

In casu stelt het hof vast dat K. zijn aanvraag door bemiddeling van J. ZIEKENHUIS vzw overmaakte aan de adviserend geneesheer van zijn mutualiteit bij brief ter Post in Hasselt afgestempeld op 12 februari 2009 en door deze laatste werd ontvangen op 13 februari 2009.

Gegeven het feit dat de verstrekking (= implantatie van de hartdefibrillator) bij K. gebeurde op 9 januari 2009 is de door de adviserend geneesheer op vrijdag 13 februari 2009 ontvangen aanvraag tot tussenkomst zelfs met toepassing van de artikelen 52 en 53 Gerechtelijk Wetboek duidelijk buiten de termijn van 30 dagen.

Doch ook de aanvraag die door J. ZIEKENHUIS vzw op basis van de tussen haarzelf en het RIZIV afgesloten overeenkomst inzake de tegemoetkoming van deze laatste in de kosten van de door J. ZIEKENHUIS vzw geïmplanteerde hartdefibrillator is, naar oordeel van het hof, laattijdig.

Artikel 5,1^o, alinea 8 van deze overeenkomst bepaalt het volgende:

“Het centrum moet de aanvraag binnen de 30 dagen na de implantatie indienen bij het College van geneesheren-directeurs”.

J. ZIEKENHUIS vzw kan bezwaarlijk voorhouden dat de artikelen 52 en 53 Gerechtelijk Wetboek van toepassing zijn op deze tussen haar en het RIZIV afgesloten overeenkomst.

Artikel 2 Gerechtelijk Wetboek is voldoende duidelijk en is alleen van toepassing op alle rechtsplegingen, *in casu* gaat het echter niet om een rechtspleging maar wel om een tussen partijen contractueel overeengekomen termijn voor indiening van een aanvraag tot tussenkomst naar aanleiding van een verstrekking voor een hartdefibrillator.

Uit het voorgaande volgt dat de bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek betreffende de termijnberekening niet van toepassing zijn.

De term “binnen de 30 dagen na de implantatie” betekent, toegepast op huidig geschil, dat nu de implantatie bij K. werd uitgevoerd op 9 januari 2009 de 30 dagen beginnen te lopen op 10 januari 2009 en bereikt worden op 8 februari 2009; het feit dat de laatst nuttige dag, zijnde 8 februari 2009, een zondag is heeft niet tot gevolg dat de vervalddag automatisch verplaatst wordt naar de eerstvolgende werkdag. De revalidatieovereenkomst afgesloten tussen het RIZIV en J. ZIEKENHUIS vzw voorziet niet in een dergelijke verplaatsing.

Derhalve is de aanvraag die J. ZIEKENHUIS vzw per fax d.d. 9 februari 2009 indiende bij het college van geneesheren-directeurs van het RIZIV laattijdig.

C. Nopens de kosten van de procedure

Het RIZIV stelt terecht dat artikel 1017, 1^o Gerechtelijk Wetboek alleen geldt voor de “sociaal verzekerde zoals omschreven in artikel 2, 7^o van de wet” van 11 april 1995 tot invoering van het “Handvest”, in casu K., en niet voor J. ZIEKENHUIS vzw of de zorgverstrekkers.

Verder voor wat de begroting dezer kosten betreft geldt voor het geschil tussen het RIZIV en J. ZIEKENHUIS vzw en Dr. V. en Dr. D. artikel 3 van het Koninklijk besluit van 26 oktober 2007 tot vaststelling van het tarief van de rechtsplegingsvergoeding bedoeld in artikel 1022 Gerechtelijk Wetboek, meer bepaald het hierin opgenomen basisbedrag van 1 200 EUR eerste aanleg en 1 320 EUR hoger beroep en voor het geschil tussen het RIZIV en K. artikel 4, meer bepaald het basisbedrag voor een vordering die betrekking heeft op een niet in geld waardeerbare eis, zijnde respectievelijk voor eerste aanleg 109,32 EUR en voor hoger beroep 160,36 EUR.

...

V. Cour du travail de Liège, 23 janvier 2012

Code Judiciaire, article 972 – Expertise - Opportunité

Le temps considérable écoulé depuis le contrôle contesté constitue un obstacle à une expertise fiable : un long délai entre la naissance d'une situation médicale à examiner et le moment auquel l'examen est réalisé entraîne une déperdition des éléments de preuve.

S.A. S. c./INAMI et O.A.
R.G. 2011/AL/213

...

II. Objet de l'appel

La société appelante gère une maison de repos et de soins pour personnes âgées sise à A.

Le 24 février 2005, elle a reçu la visite du Collège local des médecins-conseils de l'INAMI, chargé de vérifier la catégorie de dépendance de chacun de ses pensionnaires.

Le 25 mars 2005, contestant la décision de modifier la catégorie de certains d'entre eux, elle a assigné l'INAMI et les organismes assureurs concernés en vue d' "*entendre dire pour droit qu'il n'y a pas lieu de déclasser (ces) résidents*".

Le 24 février 2009, après quatre années d'inactivité procédurale, la société demanderesse a remis au Tribunal des conclusions par lesquelles elle sollicitait pour la première fois, avant qu'il fût dit droit au fond, la désignation d'un expert-médecin ayant mission de donner avis sur la catégorie de dépendance, à la date du 24 février 2005, des résidents visés.

Le 6 mai 2009, une ordonnance prise en application de l'article 747, § 2, du Code judiciaire a établi le calendrier de la procédure et a fixé la date des plaidoiries.

Le 21 octobre 2009, un premier jugement a reçu l'action et, après avoir constaté que cinq résidents restaient concernés par l'adaptation de leur catégorie de dépendance, a rouvert les débats sur une question de droit.

Le 19 janvier 2011, un second jugement, qui est celui actuellement déféré à la Cour, refuse d'ordonner la mesure d'expertise réclamée et, partant, déclare l'action non fondée, puis délaisse les dépens à la société demanderesse.

Celle-ci, par son appel, critique exclusivement ce refus. Elle invite la Cour à dire qu'il n'y a pas lieu de déclasser quatre résidents encore impliqués. Toutefois, elle réclame au préalable le bénéfice de l'expertise qui n'a pas été décidée par le Tribunal.

III. Fondement de l'appel

Les premiers juges considèrent que le temps considérable écoulé, en 2011, depuis le contrôle du 24 février 2005, constitue un obstacle à une expertise fiable : ils soulignent que l'expert ne disposerait que du dossier médical, ne pourrait voir les pensionnaires intéressés (trois des quatre sont d'ailleurs décédés) et ne seraient en mesure d'obtenir que des témoignages aléatoires.

Il est évident qu'un long délai entre la naissance d'une situation médicale à examiner et le moment auquel l'examen est réalisé, entraîne une déperdition des éléments d'appréciation et de preuve. C'est d'autant plus vrai lorsque cette situation est très évolutive, comme c'est le cas de l'état physique et mental de personnes âgées.

L'appelante a raison, en somme, de rappeler en ses conclusions que l'expert judiciaire doit s'entourer de tous les renseignements utiles à la bonne fin de la mission qui lui est confiée. Justement, il n'en a plus la possibilité quand de nombreuses années ont passé depuis la date de la vérification de la catégorie de dépendance dont la personne âgée relève.

L'appelante argumente que c'est à l'expert qu'il appartient d'abord, puis au juge "*en dernier recours*", de "*tirer les conséquences éventuelles de l'écoulement du temps*". En réalité, le juge, qui n'est pas tenu de décider automatiquement une expertise réclamée par une partie, apprécie préalablement si une telle expertise peut être efficace en vue de la solution du litige. En l'espèce, le Tribunal estime pertinemment que "*le litige ayant pour objet une catégorie de dépendance au 24 février 2005, le temps écoulé doit être pris en compte*".

Pour éviter pareil écueil, il incombait à l'appelante de diligenter la procédure dont elle avait la maîtrise. Or elle a laissé passer près de quatre années entre l'introduction de son action originale et sa première demande d'une expertise médicale.

C'est donc à bon droit que les premiers juges considèrent qu'une expertise médicale qui serait ordonnée au début de l'année 2011 ne serait plus fiable, ni même praticable. *A fortiori* la Cour ne peut elle, un an plus tard, que faire la même constatation.

Il suit que l'appel est *non fondé*.

...

VI. Cour du travail de Gand, section de Bruges, 13 janvier 2012

Article 100 de la loi coordonnée – Décision de fin d'incapacité de travail – Obligation de motivation
Code judiciaire, article 1068 – Appel – Autonomie des parties

En vertu de la loi relative à la motivation formelle des actes administratifs, les médecins du CMI doivent motiver leur décision de mettre fin à l'incapacité de travail en respectant la vie privée et le secret professionnel. Même en cas de violation de l'obligation de motivation, le juge doit se prononcer sur le fond de l'affaire.

Le CMI ne viole pas les principes de bonne gouvernance en ne suivant pas la proposition du médecin-conseil. Le CMI détermine lui-même l'état et la durée de l'invalidité.

Le CMI ne doit pas préciser quels emplois spécifiques l'assuré peut encore exercer.

Le juge en appel peut seulement juger dans les limites de l'appel. Il peut seulement réformer des jugements qui sont contestés par les parties. À défaut d'appel incidentel, il ne peut pas réformer l'arrêt au détriment de l'appelant. L'effet dévolutif ne nuit en rien à l'autonomie des parties.

J.H. c./INAMI et O.A.

R.G. 2011/AR/10

...

4.2. Ten gronde

4.2.1. Nopens de formele motivering van de bestreden beslissing

De Uitdrukkelijke Motiveringswet van 29 juli 1991 schrijft voor dat "bestuurshandelingen van de besturen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd" (art. 2). De opgelegde motivering moet in de akte de juridische en feitelijke overwegingen vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen. Zij moet afdoende zijn (art. 3). "De bij deze wet voorgeschreven motiveringsplicht is niet van toepassing indien de motivering van de handeling:

(...)

3° afbreuk kan doen aan de eerbied voor het privéleven;

4° afbreuk kan doen aan de bepalingen inzake de zwijgplicht" (art. 4).

Het arbeidshof stelt vooreerst vast dat de bestreden beslissing de juridische overwegingen vermeldt; daarover is ten ander geen betwisting. De beslissing verwijst naar artikel 100 van de ZIV-wet 1994.

Er is wel discussie over de vraag of de bestreden beslissing op afdoende wijze de feitelijke overwegingen vermeldt die eraan ten grondslag liggen.

De geneesheren van het GRI hebben het achterliggend medisch dossier niet weergegeven. Zij delen in de bestreden beslissing evenmin mee aan welke medische aandoening H.J. lijdt. Dat strookt echter met de hen opgelegde deontologie. De eerste rechter oordeelt terecht dat zij gebonden zijn door hun beroepsgeheim.

Volgens H.J. zou dit een verouderde en “*absolutistische opvatting*” over het beroepsgeheim zijn. Zij haalt in dit verband andersluidende en recente rechtspraak van de Raad van State aan.

Los van de vraag hoe deze zeer principiële stellingname moet worden beslecht, kan het Arbeidshof enkel vaststellen dat *op het ogenblik dat de geneesheren van het GRI hun beslissing nemen*, zij kunnen weten of de sociaal verzekerde in kennis wenst gesteld te worden van het achterliggend medisch dossier - of van welbepaalde medische gegevens daaruit. Minstens tot wanneer ze hierop worden aangesproken, zijn zij dus verplicht eerbied op te brengen voor het privéleven van de sociaal verzekerde, door niet meer te motiveren dan nodig (art. 4, 3^o van de wet). Minstens zo lang ook zijn zij gebonden door hun “*zwijgplicht*” (vgl. Arbh. Gent, 14.12.1994, R.W., 1995-96, blz. 49, noot L. Verbruggen; Arbh. Gent, 06.03.1995, Inf. Riziv, 1995/2, blz. 118; J.T.T. 1996, blz. 218; Arbh. Gent, 16.10.1995, Inf. Riziv, 1996, 209).

In casu blijkt niet dat H.J. hen hier ten gepaste tijde over heeft aangesproken. Integendeel: in het verzoekschrift voor de eerste rechter vroeg zij enkel de aanstelling van een geneesheer-deskundige, louter op grond van het argument dat er op medisch vlak discussie was. Over een schending van de Uitdrukkelijke Motiveringswet werd niet gerept. Mogelijks heeft dat te maken met het gegeven dat in geval van schending, de rechter zich in de plaats van het bestuur moet stellen ter beoordeling en beslechting van het geschil (zie bv. Cass., 27.10.2003, A.R. S.010147/F). Deze hier gevoerde discussie heeft derhalve weinig praktisch nut, al heeft de appellante een punt waar zij stelt dat een rechterlijke vaststelling van een bestuurlijke fout wel als signaal kan gelden ten aanzien van het bestuur.

Wat er ook van zij, H.J. was perfect in staat om met kennis van zaken beroep aan te tekenen, en haar belang in rechte te doen gelden. Aldus blijkt dat het normdoel van de Uitdrukkelijke Motiveringswet werd bereikt (vgl. I. Opdebeek en A. Coolsaet, *Formele motivering van bestuurshandelingen*, Die Keure, Brugge, blz. 127). De motivering was van die aard dat de sociaal verzekerde met kennis van zaken kon uitmaken of zij al dan niet beroep zou aantekenen (Gedr. St., Senaat, B.Z., 1988, nr. 215/3, blz. 3; cfr. Arbh. Gent, 06.03.1995, Inf. Riziv, 1995/2, blz. 118, noot L. Verbruggen; Arbh. Brussel, Brussel, 21.04.2005, Inf. Riziv, 2005/3, 352 en <http://www.riziv.fgov.be/presentation/nl/publications/news-bulletin>).

H.J. toont evenmin belangenschade aan. Er is geen reden om te besluiten tot onwettigheid van de bestreden beslissing (vgl. Arbh. Gent, 06.02.2003, RABG, 2004/14, blz. 874; vgl. Antwerpen, 04.09.2007, Rec. Gen. Enr. Not. 2008, afl. 1, 23).

De sociaal verzekerde verlangt van de geneesheren van het GRI ten andere geen medische informatie, maar wenst enkel te weten of hij - weliswaar vanuit medisch oogpunt - al dan niet als arbeidsongeschikt wordt aanzien. De bestreden beslissing vermeldt dat H.J. niet langer arbeidsongeschikt is, maar in staat is tot het verrichten van “*lichte arbeid*”. De bestreden beslissing vermeldt aldus op voldoende wijze de feitelijke overwegingen die eraan ten grondslag liggen (vgl. Arbh. Bergen, 18.09.2008, Inf. Riziv, 2008/4, 570).

Zij voldoet aan de Uitdrukkelijke Motiveringswet.

4.2.2. Onzorgvuldig en onbehoorlijk bestuur

Hoewel zij in rechte heeft kunnen procederen en aanvankelijk geen vordering stelde wegens onbehoorlijk of onzorgvuldig bestuur, voert H.J. na tussenvonnis aan dat dit beginsel geschonden werd.

Zij beroept zich in dit verband op artikel 94 van de ZIV-wet. Deze bepaling schrijft onder meer voor dat de GRI de staat en duur van de invaliditeit bepaalt *op basis van het verslag van de adviserend geneesheer* van het ziekenfonds. De GRI volgde diens standpunt echter niet. In het kader van een zorgvuldig en behoorlijk bestuur is dan vereist dat de reden voor de afwijking wordt medegedeeld.

Het arbeidshof deelt deze mening niet. Artikel 94 houdt uiteraard niet in dat de GRI het verslag van de adviserend geneesheer moet volgen. De raad bepaalt zelf de staat en duur van invaliditeit. Het gaat slechts om een “*voorstel*” van de adviserend geneesheer dat H.J. tot 31 maart 2013 arbeidsongeschikt zou zijn (cfr. stuk 19 appellante). Dat is geen “*niet-bindend advies*” dat tot een bijkomende motivering zou nopen. Dit betreft een verschil in medische zienswijze die niet in de bestuurshandeling moet worden weergegeven.

H.J. wijst er verder op dat het geneeskundig verslag tot erkenning van de invaliditeit (stuk 19 appellante) vermeldt: “*locomotorische beperkingen zijn de laatste jaren in essentie niets veranderd*”. Wat rechtvaardigt dan de beëindiging van de erkenning van arbeidsongeschiktheid? Dat dit niet wordt weergegeven, is strijdig met voormelde beginselen.

Ook dit argument kan niet worden bijgetreden. Het hof merkt op dat het verslag ook gewaagt van een “*uitgesproken somatisatie*”. Het betreft een medische discussie. De eerste rechter heeft daartoe terecht een gerechtsdeskundige aangesteld. Een verschil in medische inschatting wijst niet op een onbehoorlijk of onzorgvuldig bestuur.

Bovendien dient de GRI de staat van invaliditeit enkel na te gaan op het ogenblik van zijn onderzoek (art. 94 ZIV-wet). Een eerdere erkenning van arbeidsongeschiktheid kan ongedaan worden gemaakt; de staat van invaliditeit is nooit definitief (Cass., 03.05.1993, Arr. Cass., 1993, 427; JTT 1994, 8; Pas. 1993, I, 424; RW, 1993-1994, 509; TSR, 1993, 175). Er kunnen zich door de tijd heen wijzigingen voordoen in het verdienvermogen (zie verder D. Simoens, “Ziekteverzekering, tak uitkeringen: wetgeving en rechtspraak”, in Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 1990-96, TSR 1996, blz. 426). De Raad moet de voorbije evoluties niet telkens beschrijven.

H.J. voert aan dat het niet duidelijk is wat begrepen moet worden onder de notie “*lichte arbeid*”.

Het Arbeidshof deelt die mening niet. Het is arbeid die H.J. nog zou aankunnen in haar beroepencategorie. De GRI hoeft niet te preciseren om welk soort jobs het precies gaat. Dit maakt de bestreden beslissing niet onbehoorlijk of onzorgvuldig. Het Hof stelt ten andere vast dat de gerechtsdeskundige enkele voorbeelden geeft. “*Lichte arbeid*” is een algemeen maar begrijpelijk begrip.

4.2.3. Aangaande de aanvullende opdracht aan de gerechtsdeskundige

H.J. bekritiseert het besluit van de gerechtsdeskundige die haar arbeidsgeschiedt verklaart omdat zij licht ongeschoold werk kan verrichten. Zij kan immers geen enkele arbeid meer verrichten. Zij aanziet zichzelf als een geschoolde arbeidskracht. De eerste rechter volgde dit laatste argument, en gaf daarom een aanvullende opdracht aan de gerechtsdeskundige. Deze moest een aanvullend onderzoek verrichten rekening houdend met de geschoolde arbeid waarvoor H.J. opgeleid was.

Het RIZIV heeft geen incidenteel beroep aangetekend tegen deze beslissing van de eerste rechter. Integendeel vraagt het RIZIV uitdrukkelijk de bevestiging van het bestreden tussenvonnis van 15 december 2010, in het bijzonder waar het een aanvullende opdracht geeft aan de gerechtsdeskundige, Dr. T.

Door het hoger beroep wordt het geschil onttrokken aan de eerste rechter en moet het beoordeeld worden door de rechter in hoger beroep (art. 1068, eerste lid Ger. W.). De rechter in hoger beroep kan echter enkel oordelen binnen de perken van het hoger beroep. Hij kan enkel beschikkingen hervormen die door de partijen worden aangevochten en kan bij gebreke aan incidenteel beroep het vonnis niet hervormen ten nadele van de appellant. De devolutive werking doet immers geen afbreuk aan de partijautonomie (bijv. Cass., 28.09.2009, Inf. Riziv, 2010/1, blz. 86, concl. Adv. Gen. J.M. Genicot; vgl. J. Laenens, K. Broeckx, D. Scheers en P. Thiriar, Handboek gerechtelijk recht, Intersentia, Antwerpen, 2008, blz. 667).

...

VII. Tribunal du travail de Bruxelles, 13 janvier 2012

MRPA - A.R. du 17 août 2007 - Rétroactivité - Affaires courantes - Responsabilité de l'administration

Les décisions calculant le montant des interventions au bénéfice d'une MRPA sur base de l'arrêté royal pris en exécution de l'article 59 de la loi-programme du 2 janvier 2001 doivent être contestées dans le délai d'un mois de l'article 167 de la loi coordonnée.

Un gouvernement en affaires courantes peut traiter jusqu'à leur terme des affaires constituant le prolongement et l'aboutissement de travaux et procédures entamés avant la période d'affaires courantes.

La rétroactivité d'un arrêté royal peut être admise lorsqu'elle est nécessaire pour réaliser un objectif d'intérêt général comme la continuité ou le bon fonctionnement du service public ou lorsqu'elle prend en compte des considérations d'ordre budgétaire.

L'intérêt d'invoquer l'illégalité des décisions administratives litigieuses est limité lorsqu'on se trouve dans un contentieux de pleine juridiction, dès lors que même en cas d'annulation, le tribunal devait statuer sur les droits et obligations des parties.

Lorsque des sommes sont accordées à titre d'avance en attente d'un décompte final, il ne peut y avoir prescription au sens de l'article 174, 6° de la loi coordonnée, car il n'y a pas possession continue et non interrompue, paisible, publique, non équivoque et à titre de propriétaire selon l'article 2229 du Code civil.

L'article 159 de la Constitution est une prérogative réservée au pouvoir judiciaire ; il ne peut être retenu de faute dans le chef de l'INAMI du seul fait de l'application d'un arrêté royal en vigueur.

VL c./INAMI
R.G. 08/1998/A

...

A.2 La recevabilité du recours à l'égard des décisions du 18 juillet 2008

A.2.1. Délai d'un mois ou de deux ans ?

L'article 167 de la loi AMI précise que :

“Sans porter préjudice aux dispositions de l'article 52, § 3, les contestations relatives aux droits et aux obligations résultant de la législation et de la réglementation concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités relèvent de la compétence du tribunal du travail.

*Les actes juridiques administratifs contestés doivent, à peine de déchéance, être soumis au tribunal du travail compétent **dans le mois de leur notification.***

L'action introduite devant le tribunal du travail n'est pas suspensive.

Dans les affaires pour lesquelles un expert médical est désigné, les provisions, les honoraires et les frais de cet expert, contenus dans le relevé qu'il établit conformément aux dispositions du Code judiciaire, sont indiqués en appliquant le tarif fixé par le Roi.”

L'article 52, § 1^{er} et § 2 précise que :

“§ 1^{er} Des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations peuvent être conclus entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins pratiquant les tarifs d'honoraires de la convention ou de l'accord visé à l'article 50.

Les parties concernées par un accord forfaitaire doivent respecter les dispositions qui régissent leurs rapports dans le cadre de la présente loi coordonnée.

(Le Roi fixe, après avis de la commission composée en application des dispositions de l'alinéa 5, et du Comité de l'assurance, les règles en vertu desquelles ces accords sont conclus et détermine les normes selon lesquelles la charge des forfaits est répartie entre les O.A.) <L 2002-01-14/39, art. 5, 064; En vigueur : 22-02-2002>

Les accords concernant le forfait sont conclus au sein d'une commission présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué, et composée par des représentants des organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins visés par l'accord d'autre part. (La conclusion finale de l'accord n'est acquise que si le vote réunit les deux tiers des O.A.; l'accord ainsi conclu engage tous les O.A.) Ils sont soumis à l'avis du Comité de l'assurance et à l'approbation du Ministre. <L 2002-01-14/39, art. 5, 064; En vigueur : 22-02-2002>

(La composition et les règles de fonctionnement de la commission concernant l'avis visé à l'al. 3 et concernant l'application des règles, notamment pour ce qui est du calcul et du paiement des montants forfaitaires, sont fixées par le Roi.) <L 2002-01-14/39, art. 5, 064; En vigueur : 22-02-2002>

§ 2. En cas de dépassement d'honoraires constaté à plusieurs reprises dans le chef des personnes ayant adhéré ou étant réputées avoir adhéré à une convention ou à un accord, l'organe au sein duquel la convention ou l'accord a été réalisé peut décider à leur égard de supprimer ou de diminuer les avantages octroyés en vertu de l'article 54.

§ 3. Les contestations qui ont pour objet les droits et obligations résultant des conventions, accords ou documents visés aux articles 42 et 50, entre les institutions de soins ou les dispensateurs de soins qui ont adhéré à un accord ou une convention ou qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion à ces accords ou documents et les assurés ou les organismes assureurs, sont de la compétence du tribunal du travail.

*Elles sont introduites suivant la procédure fixée par l'article 704, (§ 2), du Code judiciaire **dans les deux ans** qui suivent le fait ou la décision contestés.”*

Le champ d'application de ces deux dispositions n'est pas identique.

Le recours prévu par l'article 52 de la loi AMI concerne des contestations relatives aux droits et obligations découlant des conventions et accords conclus entre des prestataires de soins et les organismes assureurs.

Les matières et secteurs qui peuvent faire l'objet d'accords et de conventions entre les acteurs du secteur de la santé sont définis par les articles 42 et 50 de la loi AMI.

Le recours visé par l'article 167 de la loi AMI concerne les contestations relatives à l'application de la loi AMI et à la réglementation qui en découle.

En l'espèce les contestations portent sur des décisions de l'INAMI prises sur base d'arrêtés royaux pris en exécution de l'article 59 de la loi programme du 2 janvier 2001.

Les contestations ne concernent nullement l'application de conventions conclues entre les acteurs du secteur "santé".

Il convient d'appliquer l'article 167 de la loi AMI, le délai de recours est dès lors d'un mois à dater de la notification de la décision litigieuse.

...

B. Fond

B.1. La décision administrative du 18 décembre 2007

La décision administrative du 18 décembre 2007 a, en réalité, été substituée par celle du 18 juillet 2008 qui concerne la période du 1^{er} janvier 2004 au 30 juin 2006.

En effet, la décision du 19 décembre 2007 avait été prise sur base de l'arrêté royal du 17 août 2007.

Cet arrêté royal sera modifié après concertation avec le secteur des MRS ce qui donnera lieu à l'arrêté royal du 18 juillet 2008.

L'INAMI va dès lors remplacer les anciennes décisions par de nouvelles décisions tenant compte des facteurs correctifs introduits par l'arrêté royal du 18 juillet 2008.

La décision du 18 décembre 2007 n'a dès lors plus aucun effet.

Le recours à son encontre est, dès lors, devenu sans objet.

B.2. Les décisions administratives du 18 juillet 2008

B.2.1. EXAMEN DE LA LÉGALITÉ DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 17 AOÛT 2007

B.2.1.1. Arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres avant l'avis du Conseil d'État

Le communiqué de presse déposé par Madame V. L., ne démontre absolument pas que le gouvernement avait déjà délibéré quant à l'arrêté royal du 17 août 2007 avant de le soumettre au conseil d'état.

Il est évident qu'un projet d'arrêté royal fait l'objet de discussions entre les responsables ministériels (voir jugement du 21.03.2011).

L'avis du conseil d'état précise clairement avoir reçu un "projet d'arrêté royal" qui a d'ailleurs fait l'objet de diverses remarques.

Cet argument est dénué de pertinence.

B.2.1.2. Adoption de l'arrêté royal en période d'affaires courantes

Il n'est pas contesté que l'arrêté royal du 17 août 2007 ait été adopté alors que le Gouvernement était en affaires courantes.

Le conseil d'état, dans son avis du 24 mai 2007, le constate mais n'en déduit aucune réserve d'illégalité.

Il laisse au gouvernement le soin d'apprécier la nécessité d'arrêter ou de modifier des dispositions réglementaires.

Il n'existe aucune définition des "affaires courantes" c'est-à-dire des matières que le gouvernement peut traiter lorsqu'il n'est plus contrôlé par le parlement parce que celui-ci est dissous.

Doctrines et jurisprudence s'accordent pour admettre que peuvent être traitées par un gouvernement en affaires courantes : les actes de gestion journalière, les affaires urgentes et les affaires non ordinaires mais en cours, c'est-à-dire des affaires dont des actes préparatoires avaient déjà été posés alors que le gouvernement était encore de plein exercice. (Paul Lewalle, Luc Donnay, *Contentieux administratif*, Larcier, 3^e éd., 1043).

Tant la Cour de Cassation que le Conseil d'État ont estimé qu'un gouvernement en affaires courantes pouvait prendre un arrêté royal organisant une nouvelle couverture de risques, dès lors que les dispositions promulguées constituaient le prolongement et l'aboutissement de travaux et procédures entamés avant la période d'affaires courantes (Cass 04.02.1999, JT, 1999, 601 ; CE 21.12.1999, arrêt n° 84.310).

En l'espèce l'arrêté royal appartient à cette troisième catégorie.

La période d'affaires courantes a débuté le 1^{er} mai 2007.

La problématique de l'harmonisation des barèmes et de l'augmentation des rémunérations des maisons de repos a été initiée par les articles 57 et 59 de la loi-programme du 2 janvier 2001 qui eux-mêmes exécutaient les accords sociaux relatifs au secteur des soins de santé.

L'article 59 donnait compétence au Roi pour arrêter les mesures financières relatives à ladite harmonisation.

C'est dans ce cadre que les arrêtés royaux suivants ont été pris : arrêté royal du 1^{er} octobre 2002, arrêté royal litigieux du 17 août 2007 et l'arrêté royal du 10 juillet 2008.

Seul celui du 17 août 2007 a été arrêté en période d'affaires courantes.

La simple lecture de la chronologie démontre que les décisions politiques et d'opportunité avaient été discutées et prises avant le début de la période d'affaires courantes.

L'arrêté royal du 17 août 2007 ne concernait que des modalités correctives relatives au montant des interventions définitives revenant aux maisons de repos.

Même pour cet arrêté royal litigieux des mesures de préparation avaient été effectuées avant la chute du gouvernement : l'avis du Comité de l'assurance date du 29 janvier 2007, l'avis de l'inspection des finances date du 2 mars 2007 et l'accord du Ministre du budget avait été donné le 20 avril 2007.

Le tribunal constate que les décisions de fond et les modalités budgétaires avaient été étudiées et préparées avant le début des affaires courantes.

Le Ministre du Budget encore en plein exercice avait donné son accord le 20 avril 2007.

Madame V. L., elle-même, semble consciente que toutes les décisions de principes et les actes préparatoires avaient été pris avant le début de la période d'affaires, c'est ce qu'elle plaide en produisant le communiqué de presse du 20 avril 2007 qui tente de démontrer, que si certes l'arrêté royal n'avait pas encore été délibéré, un consensus des ministres compétents existait quant aux mesures contenues dans l'arrêté royal.

Le tribunal estime dès lors que le gouvernement de l'époque pouvait, dans le cadre des affaires courantes, prendre l'arrêté royal litigieux.

L'arrêté royal du 17 août 2007 n'est pas entaché d'illégalité de ce chef.

B.2.1.3. Rétroactivité de l'arrêté royal du 17 août 2007

Madame V. L. estime que l'arrêté royal du 17 août 2007 contient 4 effets rétroactifs :

“

- *l'arrêté royal du 17 août 2008 produit ses effets au 1^{er} janvier 2006 en vertu de son article 11*
- *l'arrêté royal du 17 août 2007 couvre l'intervention définitive pour la période du 1^{er} janvier 2004 au 30 juin 2006 en vertu de son article 6, § 3, alinéa 3, 1^o*
- *l'arrêté royal du 17 août 2007 fixe un plafond à 17 205 ETP pour les institutions relevant du secteur privé qui portera effet à partir du 1^{er} janvier 2004 en vertu de son article 4, § 2 lu en combinaison avec son article 6, § 3, alinéa 3, 1^o*
- *l'arrêté royal du 17 août 2007 implique qu'on se base sur des périodes de référence antérieures, ce en vertu de son article 6.”*

Les trois premières hypothèses sont effectivement relatives à des effets rétroactifs dudit arrêté royal, la quatrième hypothèse n'est pas un effet rétroactif de l'arrêté royal mais simplement un choix de période de référence.

L'article 2 du code civil précise que : *“La loi ne dispose que pour l'avenir : elle n'a point d'effet rétroactif”*.

Ce principe a cependant été nuancé et modalisé par la jurisprudence et la doctrine.

La loi nouvelle est immédiatement applicable à tous les effets futurs de situations nées sous l'empire de la loi antérieure. (Cass. 02.05.1994, R.G. M.94.0003.F consultable sur strada ; Cass. 12.02.1973, RG 7835, www.jura.be).

La rétroactivité peut être admise lorsqu'elle est nécessaire à la continuité du service public, ou à la régularisation d'une situation de fait ou de droit pour autant qu'elle respecte les impératifs de la sécurité juridique (Robert Andersen et Pierre Nihoul, Le Conseil d'État, Chronique de jurisprudence 1998, R.B.D.C., 2000, 55).

Elle peut également être admise lorsque le règlement assure à la loi l'exécution voulue par le législateur, ou qu'il garantit la continuité du service public, ou encore qu'il comble le vide juridique créé par un arrêt d'annulation du Conseil d'État (cf. concl. du M.P. ante Cass., 22.01.1996, Bull., 1996, p. 91 ; CT Liège, 27.09.2004, B.I.-INAMI, 2005, p. 177).

La rétroactivité peut être admise lorsqu'elle est nécessaire pour réaliser un objectif d'intérêt général comme la continuité ou le bon fonctionnement du service public (C.C. 36/2000 du 29.03.2000) ou lorsqu'elle prend en compte des considérations d'ordre budgétaires (C.C. 128/2000 du 06.12.2000).

Il convient également que la rétroactivité ne porte pas atteinte à des situations acquises.

Ces divers principes sont réunis en l'espèce.

Tant l'arrêté royal du 17 août 2007 que celui du 10 juillet 2008 ont prévu une entrée en application au 1^{er} janvier 2006.

Cette nouvelle réglementation avait été adoptée à la demande même du secteur des MRS et MRPA qui souhaitait un financement plus important des accords sociaux.

Suite à l'adoption d'un nouveau système de financement du secteur il convenait de remplacer l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002.

La situation financière des MRS et MRPA n'était pas définitivement acquise, puisque pour 2004 à 2006, elles avaient bénéficié d'avances et non de montants définitifs.

L'effet rétroactif de l'arrêté royal du 17 août 2007 est donc justifié pour des raisons d'ordre budgétaire et de continuité du service des MRS et des MRPA.

Par ailleurs l'effet rétroactif litigieux n'a nullement nuit aux intérêts des MRS et MRPA, le montant des avances qu'elles devaient rembourser à l'INAMI s'en est retrouvé réduit.

Cette conséquence financière a été vérifiée dans le cas de Madame V. L., le décompte produit par l'INAMI en pages 10 et 11 de ses conclusions déposées le 3 septembre 2011 n'est d'ailleurs pas contredit par l'intéressée.

Enfin en ce qui concerne le quatrième effet qualifié par Madame V. L. de "rétroactif", le tribunal constate qu'il ne s'agit pas d'un effet rétroactif de la norme administrative litigieuse mais simplement de la prise en compte d'événements antérieurs à son adoption.

Enfin le CE a rencontré dans son avis la problématique de la rétroactivité et a précisé que celle-ci ne pouvait être appliquée *"que moyennant le respect de certaines conditions, à savoir lorsque la rétroactivité a une base légale, lorsqu'elle concerne une règle qui accorde des avantages, dans le respect du principe d'égalité, ou dans la mesure où elle s'impose pour assurer le bon fonctionnement des services et ne porte pas atteinte, en principe, à des situations acquises."*

Ces conditions sont réunies en l'espèce.

La rétroactivité prévue par l'arrêté royal du 17 août 2007 est acceptable et ne rend pas celui-ci illégal.

B.2.2. EXAMEN DE L'ILLÉGALITÉ DES DÉCISIONS DU 18 JUILLET 2008

B.2.2.1. Absence d'utilité réelle quant à l'examen de la légalité des décisions litigieuses

L'intérêt d'invoquer l'illégalité des décisions administratives litigieuses est réduit.

En effet, le tribunal se trouve dans un contentieux de pleine juridiction, même s'il devrait annuler celles-ci, il devra statuer sur les droits et obligations des parties.

Le tribunal fait sien à cet égard le raisonnement de la Cour du travail de Bruxelles :

"Il résulte des articles 35, alinéa 4 et 37, § 12 loi AMI que les maisons de repos sont titulaires d'un droit subjectif à des prestations de l'assurance soins de santé, la maison de repos devenant le créancier des prestations en lieu et place des pensionnaires. En vertu de l'article 580, 3° du Code judiciaire et de l'article 167 loi AMI, cette contestation relève de la compétence des juridictions du travail. Celles-ci sont compétentes pour statuer sur les droits et obligations des bénéficiaires des prestations et pas uniquement sur la légalité des décisions de l'INAMI. Elles statuent en appliquant aux faits qui leur sont régulièrement soumis les règles de droit sur la base desquelles elles doivent accueillir ou rejeter la demande. Ainsi, indépendamment de l'éventuelle illégalité des décisions de l'INAMI, la juridiction ne peut reconnaître le droit à l'intervention de l'assurance soins de santé, que dans le respect des dispositions légales et réglementaires relatives à cette intervention, d'autant plus que ces dispositions légales réglementaires sont d'ordre public. Il est dans ce contexte sans intérêt de se demander si la décision de l'INAMI a été prise par une personne compétente et/ou répond aux exigences relatives à la motivation formelle, la Cour ayant l'obligation de substituer sa décision à celle de l'INAMI en appliquant la réglementation aux faits de l'espèce."

(CT Bruxelles, 13.10.2010, consultable sur jura).

B.2.2.2. Incompétence du signataire des actes et signature des décisions

Eu égard à ce qui précède, il est sans intérêt d'examiner ces arguments, le Tribunal étant en tout état de cause saisi du fond du litige.

B.3. Conclusion quant aux illégalités diverses invoquées par Madame V. L.

Les diverses illégalités invoquées par Madame V. L. ne sont pas fondées. L'arrêté royal du 17 août 2007 n'est pas illégal et son application ne doit pas être écartée.

La décision de l'INAMI du 18 décembre 2007 est devenue sans objet.

Les deux décisions du 18 juillet 2008 doivent être confirmées.

B.4. Prescription

Madame V. L. plaide que les décisions de l'INAMI devraient s'analyser en une demande de remboursement de prestations indûment perçues et estime que la "demande" de l'INAMI serait prescrite en ce qui concerne la période du 1^{er} janvier 2004 au 30 juin 2006.

Madame V. L. invoque l'article 174, 6^o de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée par l'arrêté royal du 14 juillet 1994.

Madame V. L. semble oublier que les sommes qu'elles a perçues n'étaient nullement des prestations définitives mais uniquement des avances en attente d'un décompte final.

Ces avances n'avaient donc aucun caractère définitif, Madame V. L. ne possédait pas ces sommes à titre de propriété, or selon l'article 2229 cc, "*Pour pouvoir prescrire, il faut une possession continue et non interrompue, paisible, publique, non équivoque et à titre de propriétaire*".

Tant l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 que celui du 17 août 2007 prévoient que les avances trop payées devront être récupérées par compensation et à défaut que le solde devra être reversé à l'INAMI.

L'argument de prescription ne peut pas être retenu.

B.5. Faute et dommage

Il échet de rappeler que l'INAMI, d'une part n'est pas l'auteur de la norme réglementaire litigieuse et que d'autre part l'INAMI doit appliquer les arrêtés royaux en vigueur, l'application de l'article 159 Const. étant une prérogative réservée au pouvoir judiciaire.

Par ailleurs le Tribunal constate que l'INAMI n'a commis aucune faute dans l'application de la réglementation en vigueur.

Madame V. L. n'articule aucune critique quant aux décomptes chiffrés de l'INAMI.

Aucune faute n'étant retenue dans le chef de l'INAMI, il n'est pas utile d'examiner les dommages vantés par Madame V. L., ni de vérifier l'existence d'une preuve du lien de causalité.

La demande relative aux intérêts et à leur capitalisation sera, par voie de conséquence, déclarée non fondée.

Elle manquait, en tout état de cause, de pertinence, l'INAMI n'étant pas un organisme payeur de prestations ou d'indemnités.

...

4^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Traitement de sevrage tabagique

Remboursements forfaitaires

Question n° 353 posée le 28 avril 2011 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'intégration sociale par Madame la Représentante DE BLOCK ¹

Depuis 2005, les femmes enceintes et leur partenaire peuvent obtenir le remboursement forfaitaire des consultations auprès d'un tabacologue, et le partenaire peut également obtenir une intervention destinée à couvrir les frais de médicaments. L'idée est de protéger l'enfant en aidant les futurs parents à arrêter de fumer.

Depuis le 1^{er} octobre 2009, cette mesure a été étendue à toute la population. Dans le cadre de ce système, les fumeurs reçoivent un remboursement forfaitaire de 30 EUR pour une première consultation chez un médecin ou un tabacologue agréé, et 20 EUR supplémentaires par séance pour les sept consultations suivantes.

Pour les femmes enceintes, le remboursement est de 30 EUR par consultation pour l'ensemble des huit séances. Le remboursement s'applique également en cas de traitement de sevrage tabagique administré par un médecin généraliste ou un spécialiste.

1. a) Combien de personnes ont-elles utilisé cette possibilité de remboursement en 2009 et 2010 ?
b) Combien d'entre elles étaient-elles des femmes enceintes ?
2. Combien de personnes ont consulté respectivement un tabacologue, un médecin généraliste et un médecin spécialiste dans le cadre d'une aide au sevrage tabagique ?
3. a) Une étude est-elle menée afin d'évaluer l'efficacité de l'aide au sevrage tabagique ?
b) Dans l'affirmative, par qui ?
c) Ne serait-il pas souhaitable de demander au Centre fédéral d'expertise des soins de santé de réaliser l'étude en la matière ?
4. Combien de tabacologues agréés ont-ils exercé en 2009 et 2010 ?

Réponse

1. Depuis l'extension de la mesure à partir du 1^{er} octobre 2009, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a observé une utilisation croissante des interventions forfaitaires destinées au sevrage tabagique.

Le tableau ci-dessous présente les chiffres du dernier trimestre 2009 et ceux de l'ensemble de l'année 2010 sur la base des données de remboursement fournies par les O.A.

1. Bulletin n° 045, Chambre, session ordinaire 2011-2012, p. 14.

Depuis l'instauration de la mesure le 1^{er} octobre 2009 et ce jusqu'au 31 décembre 2010 inclus, autrement dit sur une période de lancement de 15 mois, 27 613 forfaits au total ont été financés pour le sevrage tabagique. Ils sont ventilés comme suit :

- 10 025 forfaits (30 EUR) pour les premières séances
- 16 920 forfaits (20 EUR) pour les séances de suivi
- 668 forfaits (30 EUR) pour l'accompagnement du sevrage tabagique des femmes enceintes.

Nombre de forfaits comptabilisés	Total 2009 (octobre à décembre inclus)	Total 2010 (janvier à décembre inclus)	Total depuis l'instauration de la mesure élargie (01.10.2009)
Premières séances	763	9 262	10 025
Séances de suivi	1 086	15 834	16 920
Femmes enceintes	86	582	668
Total	1 935	25 678	27 613

À partir des chiffres de “forfaits de première séance”, nous pouvons conclure que 763 personnes différentes ont eu recours à cette intervention en 2009 et 9 262 en 2010.

Comme le forfait destiné aux femmes enceintes ne fait aucune distinction entre “première séance” et “séance de suivi”, il est impossible de déduire le nombre de femmes enceintes différentes ayant pu bénéficier de cette intervention.

2. L'INAMI estime qu'il est trop tôt pour pouvoir répondre à cette question, puisque les données par type de dispensateur ne sont disponibles que jusque fin 2009 et ne se rapportent donc qu'aux trois premiers mois à compter du démarrage de l'intervention élargie en matière de sevrage tabagique. Pour obtenir une analyse pertinente de la phase de démarrage jusque 2010 inclus, il faudra attendre 2012.

3. L'efficacité de l'accompagnement en matière de sevrage tabagique est reconnue à l'échelle internationale depuis plusieurs années. Nous rappelons que, préalablement à l'instauration de la mesure visant le remboursement du sevrage tabagique, une étude scientifique a également été menée dans notre pays sur l'efficacité de l'accompagnement du sevrage tabagique.

Nous renvoyons en l'occurrence à l'étude du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, rapport 1 : “Efficacité et rentabilité des traitements du sevrage tabagique”, publiée en 2004.

Bien évidemment, il reste important de suivre l'application des interventions élargies en matière de sevrage tabagique. Dans l'actuelle phase de démarrage, même s'il est encore prématuré de tirer des conclusions, nous observons clairement une tendance à la hausse depuis l'instauration de l'intervention élargie.

Après la phase de démarrage, il sera certainement possible d'évaluer la mesure sur le plan budgétaire et sur le plan du contenu, via un monitoring administratif, éventuellement en collaboration avec des équipes de recherche scientifique (comme l'ISP, le KCE, les universités, etc.) et d'importants partenaires de terrain (comme les associations scientifiques de médecins généralistes, la VRGT, le FARES, etc.). Pour ce faire, il faudra collecter les données nécessaires, par exemple via des bases de données et des enquêtes.

4. Sur la base des chiffres communiqués par la VRGT (*Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding*) pour les tabacologues néerlandophones, et par le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) pour les tabacologues francophones, nous pouvons vous signaler que notre pays comptait :

- 190 tabacologues agréés actifs (119 francophones et 71 néerlandophones) en 2009
- 243 tabacologues agréés actifs (148 francophones et 95 néerlandophones) en 2010.

Chaque année, la VRGT et le FARES organisent une formation pour devenir tabacologue agréé.

II. eHealth

Échange de données relatives à la santé - Projet hub et metahub - État de la question

Question n° 602 posée le 21 octobre 2011 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'intégration sociale par Madame la Représentante DIERICK ¹

Le projet "hub et metahub" a pour but de permettre à un prestataire de soins de consulter l'ensemble des documents médicaux électroniques d'un patient, indépendamment de leur lieu de stockage et du point d'entrée dans le système. L'objectif consiste à échanger des données pour assurer la continuité des soins, sans centralisation et au moyen de relais locaux ou régionaux.

Ce projet est étroitement lié à l'instauration du répertoire des références, qui constitue la clef de voûte du système.

Lors d'une intervention médicale, il est souvent très difficile pour les services d'urgence de mettre la main sur les numéros de téléphone des proches de la victime afin de les informer ou d'obtenir des renseignements complémentaires.

1. a) Quel est l'état d'avancement de ces projets ?
b) De quels types de données les urgentistes pourront-ils disposer ?
2. Quelles sont les modalités fixées en ce qui concerne l'autorisation du patient ?
3. Envisage-t-on la mise à disposition des données d'une personne à contacter en cas d'urgence par le biais de la plate-forme eHealth ou du dossier médical global ?

Réponse

1. Dans le cadre du projet hubs et metahub, différents développements ont été réalisés, comme prévu, en 2011 tant au niveau du metahub qu'au niveau des cinq hubs. Il est prévu que le système sera mis progressivement en production en 2012.

1. Bulletin n° 048, Chambre, session ordinaire 2011-2012, p. 83.

Au niveau du metahub, les différents composants techniques de l'architecture définie dans le passé ont été développés. À l'heure actuelle, les applications nécessaires pour la gestion du consentement du patient et des exclusions sont en cours d'élaboration. Il est évident qu'il incombe ensuite aux hôpitaux d'enregistrer les références dans les hubs et de mettre à la disposition, par la voie électronique, les documents auxquels il est fait référence.

La situation interne des hubs a aussi significativement évolué en 2011. Ainsi, le Réseau Santé Wallon est officiellement passé en production avec douze hôpitaux connectés, le Regional Hub Gent interconnecte maintenant huit hôpitaux et le système KWS de l'UZ Leuven devrait être en production au sein de sept hôpitaux du Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U. Leuven d'ici la fin de l'année (2011).

En outre, la mise en place des composants et standards d'échange nécessaires à l'interconnexion des différents hubs, progresse également. Les trois hubs susmentionnés ont terminé les tests de connexion et ont entamé les tests d'intégration de "hub à hub".

Par ailleurs, un règlement du projet hubs et metahub a été rédigé, dans lequel sont fixés les principes du projet ainsi que des accords concrets relatifs au fonctionnement du projet hubs et metahub. Ce règlement a été approuvé par le Comité de gestion de la plate-forme eHealth et sera soumis au Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé pour approbation.

En ce qui concerne l'échange concret de données à caractère personnel relatives à la santé, les médecins auront en principe accès - dans la mesure où une relation thérapeutique a été prouvée et pour autant que le médecin concerné ne soit pas exclu - à toutes les données relatives à la santé du patient afin d'obtenir une vue aussi complète que possible de l'état de santé de l'intéressé en vue d'administrer le traitement ou les soins les plus appropriés.

2. En ce qui concerne le consentement du patient, il a été opté pour un système opt-in, nécessitant le consentement explicite du patient avant que les références ne puissent être consultées dans le répertoire des références. En effet, cette solution garantit à la fois une communication d'informations efficace vis-à-vis du patient et une décision consciente du patient.

Afin de réduire la charge administrative qu'un opt-in traditionnel pourrait impliquer à la fois pour le patient et les prestataires et établissements de soins concernés, cette solution ne requiert pas la signature effective du patient, mais uniquement un enregistrement explicite de l'existence du consentement du patient. Il n'y a pas lieu, par conséquent, de conserver des documents papier relatifs au consentement donné par le patient.

Pour les modalités concrètes, je vous renvoie à la note rédigée par la plate-forme eHealth et approuvée par le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé. La note peut être consultée via le site Internet de la plateforme eHealth: <http://www.ehealth.fgov.be>.

Enfin, la plate-forme eHealth a constitué un media-pack qui est mis à la disposition des différents partenaires afin de leur permettre de réaliser une campagne d'information adéquate.

3. Dans le cadre du projet hubs et metahub, des données relatives à une personne de contact pourraient effectivement être mises à disposition dans la mesure où les prestataires de soins ou les établissements de soins concernés en décident. Je renvoie à l'exemple de SUMEHR (*summerized electronic health record*), un résumé minimal de l'état de santé du patient, qui devrait pouvoir être créé par les logiciels des médecins et dans lequel il est effectivement prévu que les données d'une personne de contact peuvent y être enregistrées.

III. Hospitalisation et soins palliatifs

Évolution des coûts par région

Question n° 131 posée le 13 janvier 2012 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Monsieur le Représentant LOGGHE ¹

Assuralia a organisé récemment une après-midi d'étude sur les divers aspects de la loi "Verwilghen-bis" (loi du 17.06.2009) relative aux assurances hospitalisation et soins de santé. Plusieurs juristes spécialisés dans le domaine des assurances y ont confronté leurs points de vue. La prise en considération exclusive de l'invalidité physiologique dans le cadre de l'assurance invalidité a notamment nourri les débats, ainsi que l'absence des soins palliatifs, qui représentent pourtant un coût réel, dans la définition de l'assurance soins de santé.

1. a) Serait-il possible de connaître l'évolution statistique des frais annuels "ordinaires" d'hospitalisation ?
b) Dans l'affirmative, quelle a été cette évolution entre 2005 et 2010 ?
c) Dispose-t-on déjà de statistiques concernant le premier trimestre 2011 ?
2. Pouvez-vous répartir ces chiffres par Région en fonction de la situation géographique des hôpitaux ?
3. Question identique aux questions 1 et 2, mais cette fois avec une répartition en fonction du type de chambre : chambre individuelle ou autre.
4. Même question que ci-dessus, mais cette fois concernant les soins palliatifs. Je voudrais des chiffres qui me permettent de suivre l'évolution annuelle des coûts des soins palliatifs par Région.

Réponse

1. et 2. En ce qui concerne le coût de l'hospitalisation, nous pouvons vous donner à titre indicatif l'évolution du "budget des moyens financiers".

Budget notifié		Évolution du BMF par Communauté, 2002-2011				
2002-2006	Communautés	2002 au 1/07	2003 au 1/07	2004 au 1/07	2005 au 1/07	2006 au 1/07
	Bruxelles	472 507 053	519 185 680	539 340 428	521 782 779	551 093 298
	Flandre	2 718 179 215	2 946 500 888	3 050 732 111	2 986 669 362	3 186 335 354
	Wallonie	1 633 932 173	1 751 056 230	1 804 570 538	1 773 667 674	1 882 588 310
Total		4 824 618 442	5 216 742 798	5 394 643 077	5 282 119 815	5 620 016 962

2007-2011	Communautés	2007 au 1/07	2008 au 1/07	2009 au 1/07	2010 au 1/07	2011 au 1/07
	Bruxelles	581 692 461	631 131 121	635 868 141	676 076 419	699 083 196
	Flandre	3 333 481 482	3 692 031 560	3 681 067 504	3 945 471 820	4 102 696 771
	Wallonie	1 964 195 594	2 172 216 236	2 115 719 704	2 288 166 640	2 368 727 755
Total		5 879 369 537	6 495 378 917	6 432 655 349	6 909 714 879	7 170 507 721

1. Bulletin n° 050, Chambre, session ordinaire 2011-2012, p. 399.

Le budget des moyens financiers représente le budget individuel accordé aux hôpitaux au 1^{er} juillet de chaque année et consiste en une intervention dans le cadre des coûts liés à l'hospitalisation (bâtiment, frais de fonctionnement, frais de personnel, etc.). C'est sur base de ce budget des moyens financiers qu'est fixé le prix - par journée et par admission - facturé au patient.

Pour connaître la totalité de l'évolution des coûts, il faut y ajouter les évolutions des honoraires médicaux, des forfaits de biologie clinique, imagerie médicale et des éventuels suppléments d'honoraires.

3. En ce qui concerne la répartition des coûts par chambres à un ou deux lits, c'est une donnée que nous ne détenons pas. Les O.A. possèdent cette information.

4. Enfin, pour ce qui concerne les soins palliatifs, vous trouverez ci-annexés deux tableaux, l'un reprenant le budget des moyens financiers pour les services Sp-palliatifs, l'autre reprenant les montants attribués comme subsides aux plates-formes de soins palliatifs.

Des chiffres complémentaires concernant l'évolution des forfaits ont été demandés auprès de l'INAMI, et devraient être disponibles d'ici peu.

Dans l'attente de ceux-ci, vous pourrez prendre connaissance, en annexe, des renseignements dont mon administration dispose.

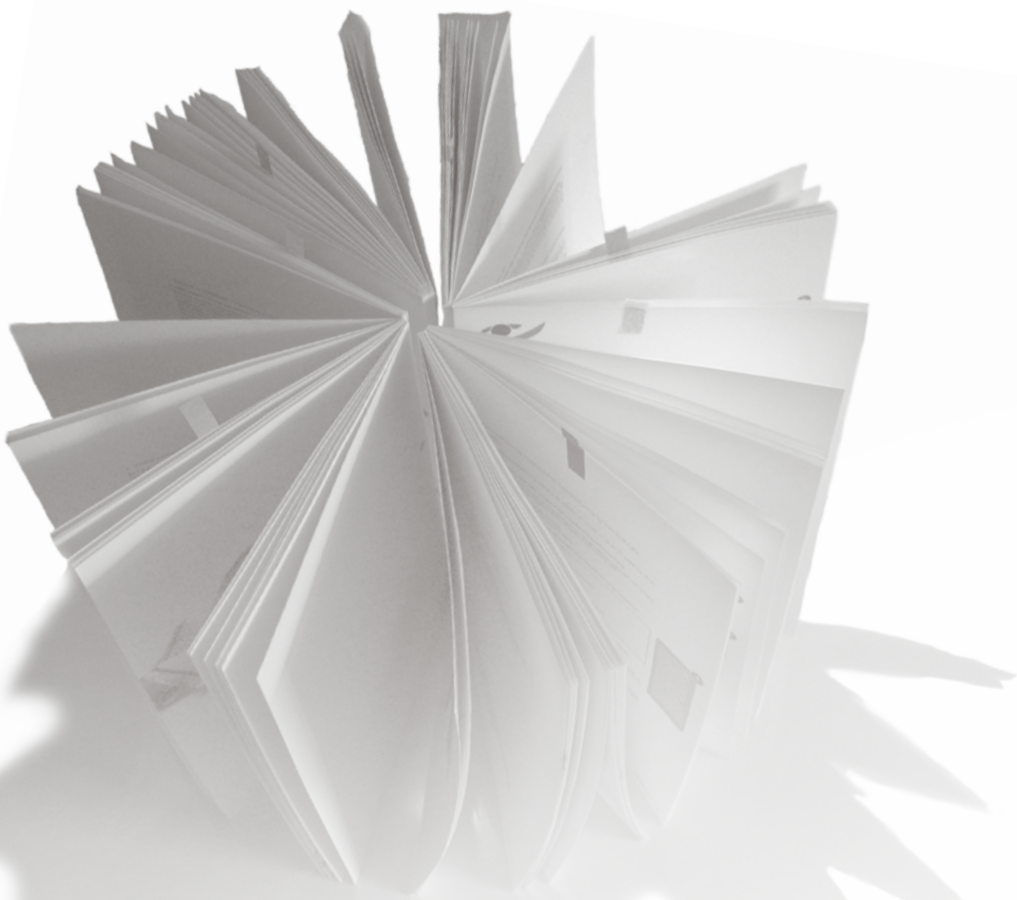
Évolution du BMF par Communauté et par type budgétaire, 2002 - 2011						
Communautés	Type budgétaire	2002 au 1/07	2003 au 1/07	2004 au 1/07	2005 au 1/07	2006 au 1/07
2002-2006						
Bruxelles	Soins palliatifs	6 146 453	6 320 262	6 343 539	6 088 526	5 965 971
Flandre	Soins palliatifs	21 659 840	22 839 242	23 891 587	24 281 749	25 243 248
Wallonie	Soins palliatifs	13 316 180	13 822 308	14 188 437	13 990 146	14 446 216
Total		41 122 473	42 981 812	44 423 563	44 360 421	45 655 436

Communautés	Type budgétaire	2007 au 1/07	2008 au 1/07	2009 au 1/07	2010 au 1/07	2011 au 1/07
2007-2011						
Bruxelles	Soins palliatifs	6 475 382	7 130 901	7 070 544	7 398 770	7 579 025
Flandre	Soins palliatifs	25 776 150	28 146 076	27 810 244	29 129 962	29 524 659
Wallonie	Soins palliatifs	14 847 496	16 123 777	15 807 968	16 599 616	16 903 894
Total		47 099 029	51 400 753	50 688 756	53 128 348	54 007 578

Subsides connus pour certaines associations de soins palliatifs						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bruxelles Capitale	192 341	198 310	200 743	214 534	225 675	225 675
Région flamande	1 110 583	1 088 379	1 025 257	1 229 182	1 285 164	1 285 164
Région wallonne	672 589	688 253	707 162	727 193	759 077	759 077
Total	1 975 512	1 974 941	1 933 162	2 170 909	2 269 916	2 269 916

5^e Partie

Données de base



I. Cotisations personnelles à payer par certains titulaires à partir du 1^{er} janvier 2012

Catégories	Situation	Montants trimestriels et mensuels EUR
Assurance continuée (art. 247 et 250 de l'A.R. du 03.07.1996)	21 ans et plus	40,50
	18 à 21 ans	30,50
	14 à 18 ans	20,25
Étudiants (art. 133 de l'A.R. du 03.07.1996)		56,42
Personnes inscrites dans le registre national des personnes physiques	- Normal	665,51
	- Revenu < au plafond des revenus annuels prévu à l'article 134, 3 ^e al. de l' A.R. du 03.07.1996	332,75
	- Revenu < au montant prévu pour bénéficiaire de l'intervention majorée	56,42
	- Revenu < au montant annuel du minimum de moyen d'existence	0,00
	- Droit à un avantage visé dans l'art. 37, § 19, al. 1 ^{er} , 1 ^o , 2 ^o ou 3 ^o de la loi coordonnée	0,00
Communautés religieuses (art. 136bis de l'A.R. du 03.07.1996)	Titulaire de moins de 65 ans	85,22
	Titulaire de plus de 65 ans	24,37
Ancien personnel du secteur public d'Afrique (art. 135 de l'A.R. du 03.07.1996)		38,38



Circulaire O.A. n° 2011/456 - 270/55, 273/55, 274/57, 276/107, 2790/55, 2791/55, 2792/54, 83/413 du 21 novembre 2011

II. Statut BIM - Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1^{er}, 5^o et 6^o) à partir du 1^{er} janvier 2012

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


Bien-être 1,3 %

(bien être selon A.R. 13.08.2011 - M.B. 24.08.2011) :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires - Au 1 ^{er} janvier 2012	
Titulaires	Personnes à charge
15 986,16 EUR	2 959,47 EUR

Indexation

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires - Au 1 ^{er} février 2012	
Titulaires	Personnes à charge
16 306,33 EUR	3 018,74 EUR

 Circulaires O.A. n^{os} 2011/528 - 3991/229 du 23 décembre 2011 et 2012/52 - 3991/230 du 6 février 2012

III. Intervention personnelle du patient en cas d'hospitalisation : Montants à partir du 1^{er} janvier 2012

Vous trouverez ci-dessous les montants qui peuvent être portés en compte aux patients à partir du 1^{er} janvier 2012 et ce en application de l'arrêté royal du 5 mars 1997 et en application de l'article 37bis, § 3 de la loi SSI.

1. Le jour d'admission

Le jour de l'admission dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance : de 5,23 EUR
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de 32,50 EUR
- c) pour les titulaires qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en chômage contrôlé et qui ont depuis douze mois la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c.-à-d. à l'exclusion e.a. des cohabitants) y compris les personnes à charge : de 32,50 EUR
- d) pour les autres bénéficiaires : de 41,98 EUR.

2. À partir du deuxième jour

À partir du deuxième jour de séjour dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge): de 5,23 EUR
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé: de 5,23 EUR
- c) pour les autres bénéficiaires : de 14,71 EUR.

3. À partir du 91^e jour de séjour (à l'exclusion des centres de rééducation fonctionnelle ou professionnelle)

À partir du 91^e jour de séjour, l'intervention de l'assurance est réduite pour les séjours dans un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 5,23 EUR
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 5,23 EUR
- c) pour les titulaires qui ont des personnes à charge au regard de l'assurance soins de santé ou qui sont tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 5,23 EUR
- d) pour les autres bénéficiaires : de 14,71 EUR.

4. Lorsque l'admission dans un hôpital psychiatrique excède une durée de cinq ans

Dès que l'admission dans un hôpital psychiatrique dépasse une durée de cinq ans, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les titulaires ayant des personnes à charge, les titulaires de l'intervention majorée (et chômeurs y assimilés) avec des personnes à charge, les personnes qui sont tenues de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 5,23 EUR
- b) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs y assimilés qui n'ont pas de personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé ou qui ne sont pas tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié : de 14,71 EUR
- c) pour les autres bénéficiaires : de 24,52 EUR.



IV. Maximum à facturer - Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2012

a) Calcul de l'indice corrigé

$$\begin{array}{rclcl} \text{Moyenne des indices des prix 2011} & & 117,71 & & \\ \text{-----} & = & \text{-----} & = & 1,0354 \\ \text{Moyenne des indices des prix 2010} & & 113,69 & & \end{array}$$

b) Plafonds de revenus pour l'exercice 2012

de	0,00	à	17 039,73
de	17 039,74	à	26 195,40
de	26 195,41	à	35 351,10
de	35 351,11	à	44 125,29
dès	44 125,30		

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2012



Circulaire O.A. n° 2012/26 - 3998/28 du 16 janvier 2012

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

Ce montant de 25 285,14 EUR lié à l'indice-pivot des prix à la consommation 103,14 (base 1996 = 100) est adapté à l'évolution des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (A.R. 08.08.1997).

Indexation des plafonds (montants en EUR)

	Résidents	Personnes à charge (idem intervention majorée)
À partir du 1 ^{er} janvier 2002	26 306,66	2 265,63
À partir du 1 ^{er} février 2002	26 832,59	2 310,92
À partir du 1 ^{er} juin 2003	27 368,64	2 357,09
À partir du 1 ^{er} octobre 2004	27 914,79	2 404,13
À partir du 1 ^{er} août 2005	28 473,60	2 452,25
À partir du 1 ^{er} octobre 2006	29 045,04	2 501,47
À partir du 1 ^{er} septembre 2007	29 045,04	2 518,97
À partir du 1 ^{er} janvier 2008	29 624,07	2 602,36
À partir du 1 ^{er} mai 2008	30 215,74	2 654,33
À partir du 1 ^{er} septembre 2008	30 820,06	2 707,42
À partir du 1 ^{er} juin 2009 (bien-être)	30 820,06	2 756,15
À partir du 1 ^{er} janvier 2010 (bien-être)	30 820,06	2 788,65
À partir du 1 ^{er} septembre 2010	31 437,01	2 844,47
À partir du 1 ^{er} mai 2011	32 066,61	2 901,44
À partir du 1 ^{er} février 2012	32 708,86	3 018,74

Moyenne annuelle (montants en EUR)

	Résidents	Personnes à charge
2000	25 453,71 (PM)	2 192,15
2001	26 091,74 (PM)	2 247,06
2002	26 788,76	2 307,14
2003	27 145,29	2 337,88
2004	27 505,18	2 368,85
2005	28 147,63	2 424,18
2006	28 616,46	2 464,56
2007	29 045,04	2 507,30
2008	30 219,96	2 654,70
2009	30 820,06	2 735,85
2010	31 025,71	2 807,26
2011	31 856,74	2 889,22



Circulaire O.A. n° 2012/50 - 270/56, 273/56, 274/58, 276/108, 2790/56, 2791/56, 2792/55, 3910/1077 et 83/415 du 6 février 2012

VI. Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus

En vertu de l'arrêté royal du 3 juillet 1997 en exécution de la loi SSI (art. 124, § 1^{er}, 1^o, al. 1, modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29.12.1997 (M.B. 31.12.1997, éd.2)), ne peut plus être considérée comme personne à charge (au sens de l'art. 32) de la loi SSI, la personne qui dispose d'un revenu, pension, rente, allocation ou indemnité, pour autant que le montant global brut soit **SUPÉRIEUR** à un montant par trimestre.

Le montant par trimestre civil est calculé au départ du montant de 1 762,82 EUR à l'indice-pivot 103,14 (base 1996). Il est adapté aux fluctuations de l'indice des prix comme prévu dans la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Cela donne pour le *secteur public* comme pour le *secteur privé* :

1^{er} septembre 2008 indexation

1 762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 10 = 2 148,87 EUR

1^{er} septembre 2010 indexation

1 762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 11 = 2 191,85 EUR

1^{er} mai 2011 indexation

1 762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 12 = 2 235,68 EUR

1^{er} février 2012 indexation

1 762,82 EUR (base 103,14) multiplié par 1,02 exposant 13 = 2 280,40 EUR

Valeurs par trimestre (montants en EUR)		
1 ^{er} trimestre 2008	$2\,065,42 \times 3/3$	2 065,42
2 ^e trimestre 2008	$2\,065,42 \times 1/3 + 2\,106,73 \times 2/3$	2 092,96
3 ^e trimestre 2008	$2\,106,73 \times 2/3 + 2\,148,87 \times 1/3$	2 120,78
4 ^e trimestre 2008	$2\,148,87 \times 3/3$	2 148,87
1 ^{er} trimestre 2009	$2\,148,87 \times 3/3$	2 148,87
2 ^e trimestre 2009	$2\,148,87 \times 3/3$	2 148,87
3 ^e trimestre 2009	$2\,148,87 \times 3/3$	2 148,87
4 ^e trimestre 2009	$2\,148,87 \times 3/3$	2 148,87
1 ^{er} trimestre 2010	$2\,148,87 \times 3/3$	2 148,87
2 ^e trimestre 2010	$2\,148,87 \times 3/3$	2 148,87
3 ^e trimestre 2010	$2\,148,87 \times 2/3 + 2\,191,85 \times 1/3$	2 163,20
4 ^e trimestre 2010	$2\,191,85 \times 3/3$	2 191,85
1 ^{er} trimestre 2011	$2\,191,85 \times 3/3$	2 191,85
2 ^e trimestre 2011	$2\,191,85 \times 1/3 + 2\,235,68 \times 2/3$	2 221,07
3 ^e trimestre 2011	$2\,235,68 \times 3/3$	2 235,68
4 ^e trimestre 2011	$2\,235,68 \times 3/3$	2 235,68



Circulaire O.A. n° 2012/51 - 248/53 du 6 février 2012

VII. Adaptation des montants maxima des indemnités perçues dans le cadre du volontariat - Modification des tranches de revenus prises en compte dans le cadre d'une reprise de travail autorisée par le médecin-conseil - Modification du tableau III : salaire minimum pour employés catégorie I, fixé par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE)

Base légale

- Loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires (M.B. du 29.08.2005)
- Arrêt royal du 28 décembre 2011 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI (M.B. du 30.12.2011, éd. 5)

I. Éléments de base

a. Adaptation des montants maxima des indemnités perçues dans le cadre du volontariat

Les montants maxima des indemnités perçues dans le cadre du volontariat sont adaptés à l'indice santé au 1^{er} janvier de chaque année sur base du dernier dépassement de l'indice pivot qui a eu lieu dans le courant de l'année qui a précédé.

Au 1^{er} janvier 2012, ces montants sont adaptés sur base de l'indice pivot 114,97 (coefficient d'augmentation 1,2682).

b. Modification des tranches de revenus prises en compte dans le cadre d'une reprise de travail autorisée par le médecin-conseil

Les montants des tranches de revenus visées à l'article 230 sont modifiés comme suit à partir du 1^{er} janvier 2012. Ces montants sont donnés à la base 103,14.

Première tranche : 11,8278 EUR : 0 %

Deuxième tranche : 7,0967 EUR : 20 %

Troisième tranche : 7,0967 EUR : 50 %

Quatrième tranche supérieure au total des tranches précédentes : 75 %

c. Modification du tableau III : salaire minimum pour employés catégorie I, fixé par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE)

Le tableau III repris en annexe remplace, à partir du 1^{er} janvier 2012, le tableau III qui était repris dans la circulaire O.A. n° 2011/186 - 45/229 du 6 mai 2011 et est d'application à partir du 1^{er} janvier 2012 pour les titulaires dont l'incapacité de travail débute au plus tôt ce jour-là.

À partir du 1^{er} janvier 2012, le montant de référence pris en compte pour calculer l'indemnité ne dépend plus de l'âge du titulaire mais bien de son expérience. Selon la situation du titulaire au début de l'incapacité de travail, l'expérience prise en compte est soit de 0 ou de 9 année(s).

II. Date d'application

1^{er} janvier 2012

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé											
À partir du - Jusqu'à		01-05-2011	31-08-2011	01-09-2011	31-12-2011	à partir du 01-01-2012		Prochaine indexation			
Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)		114,97	1,2682	114,97	1,2682	114,97	1,2682	117,27	1,2936		
I. SALARIÉS											
1 - Plafond journalier AMI											
	début d'incapacité	antérieur au 01/01/2005	118,5852		118,5852		118,5852		120,9603		
		du 01/01/2005 au 31/12/2006	120,9569		120,9569		120,9569		123,3794		
		du 01/01/2007 au 31/12/2008	122,1665		122,1665		122,1665		124,6133		
		du 01/01/2009 au 31/12/2010 à partir du 01/01/2011	123,1437		123,1437		123,1437		125,6101		
		124,0057		124,0057		124,0057		126,4894			
2 - Incapacité primaire											
Maximum	début d'incapacité	du 01/01/2007 au 31/12/2008	73,2999	73,30	73,2999	73,30	73,2999	73,30	74,7680	74,77	
		du 01/01/2009 au 31/12/2010 à partir du 01/01/2011	73,8862	73,89	73,8862	73,89	73,8862	73,89	75,3661	75,37	
		74,4034	74,40	74,4034	74,40	74,4034	74,40	75,8936	75,89		
Minimum	À partir du 1 ^{er} jour du 7 ^{ème} mois de l'incapacité de travail	Travailleur régulier									
		avec charge de famille	50,2450	50,25	51,2499	51,25	51,2499	51,25	52,2763	52,28	
		isolés	40,2086	40,21	41,0128	41,01	41,0128	41,01	41,8342	41,83	
		cohabitants	34,4760	34,48	35,1655	35,17	35,1655	35,17	35,8698	35,87	
		Travailleur non régulier									
		avec charge de famille	38,7221	38,72	39,4966	39,50	39,4966	39,50	40,2876	40,29	
		29,0416	29,04	29,6224	29,62	29,6224	29,62	30,2157	30,22		
3 - Invalidité											
Indemnité Journalière	Maximum	début d'incapacité primaire	avant le 01/10/1974								
			avec charge de famille	51,0577	51,06	51,0577	51,06	51,0577	51,06	52,0803	52,08
			sans charge de famille	34,1697	34,17	34,1697	34,17	34,1697	34,17	34,8541	34,85
			du 01/10/1974 au 31/12/2002								
			avec charge de famille	80,8360	80,84	80,8360	80,84	80,8360	80,84	82,4550	82,46
			isolés	68,3997	68,40	68,3997	68,40	68,3997	68,40	69,7696	69,77
			cohabitants	49,7452	49,75	49,7452	49,75	49,7452	49,75	50,7415	50,74
			du 01/01/2003 au 31/12/2004								
			Invalide avant 01/01/2005								
			avec charge de famille	79,2510	79,25	79,2510	79,25	79,2510	79,25	80,8383	80,84
			isolés	67,0586	67,06	67,0586	67,06	67,0586	67,06	68,4016	68,40
			cohabitants	48,7698	48,77	48,7698	48,77	48,7698	48,77	49,7466	49,75
			Invalide à partir du 01/01/2005 au 31/12/2006								
			avec charge de famille	80,8360	80,84	80,8360	80,84	80,8360	80,84	82,4550	82,46
			isolés	68,3997	68,40	68,3997	68,40	68,3997	68,40	69,7696	69,77
			cohabitants	49,7452	49,75	49,7452	49,75	49,7452	49,75	50,7415	50,74
			du 01/01/2005 au 31/12/2005								
			Invalide avant le 01/01/2007								
			avec charge de famille	79,2509	79,25	80,8360	80,84	80,8360	80,84	82,4550	82,46
			isolés	67,0586	67,06	68,3997	68,40	68,3997	68,40	69,7696	69,77
			cohabitants	48,7698	48,77	49,7452	49,75	49,7452	49,75	50,7415	50,74
			Invalide à partir de 01/01/2007 ¹								
			avec charge de famille	80,0435	80,04	81,6443	81,64	81,6443	81,64	83,2795	83,28
			isolés	67,7291	67,73	69,0837	69,08	69,0837	69,08	70,4673	70,47
			cohabitants	49,2575	49,26	50,2427	50,24	50,2427	50,24	51,2489	51,25
			du 01/01/2006 au 31/12/2007								
			invalide avant le 01/01/2007 ²								
			avec charge de famille	79,2509	79,25	79,2509	79,25	79,2509	79,25	80,8382	80,84
			isolés	67,0586	67,06	67,0586	67,06	67,0586	67,06	68,4016	68,40
			cohabitants	48,7698	48,77	48,7698	48,77	48,7698	48,77	49,7466	49,75
			Invalide du 01/01/2007 au 31/12/2008								
			avec charge de famille	80,0435	80,04	80,0435	80,04	80,0435	80,04	81,6466	81,65
			isolés	67,7291	67,73	67,7291	67,73	67,7291	67,73	69,0856	69,09
			cohabitants	49,2575	49,26	49,2575	49,26	49,2575	49,26	50,2441	50,24
			Invalide à partir du 01/01/2009 ¹								
			avec charge de famille	80,6838	80,68	80,6838	80,68	80,6838	80,68	82,2997	82,30
			isolés	68,2709	68,27	68,2709	68,27	68,2709	68,27	69,6382	69,64
			cohabitants	49,6516	49,65	49,6516	49,65	49,6516	49,65	50,6460	50,65
			à partir du 01/01/2008								
			Invalide avant le 01/01/2009 ²								
			avec charge de famille	79,4082	79,41	79,4082	79,41	79,4082	79,41	80,9986	81,00
			isolés	67,1916	67,19	67,1916	67,19	67,1916	67,19	68,5373	68,54
			cohabitants	48,8666	48,87	48,8666	48,87	48,8666	48,87	49,8453	49,85
			Invalide du 01/01/2009 au 31/12/2010								
			avec charge de famille	80,0435	80,04	80,0435	80,04	80,0435	80,04	81,6466	81,65
			isolés	67,7291	67,73	67,7291	67,73	67,7291	67,73	69,0856	69,09
			cohabitants	49,2575	49,26	49,2575	49,26	49,2575	49,26	50,2440	50,24
			Invalide à partir du 01/01/2011								
avec charge de famille	80,6037	80,60	80,6037	80,60	80,6037	80,60	82,2181	82,22			
isolés	68,2032	68,20	68,2032	68,20	68,2032	68,20	69,5692	69,57			
cohabitants	49,6023	49,60	49,6023	49,60	49,6023	49,60	50,5957	50,60			
Minimum		Travailleur régulier									
		avec charge de famille	50,2450	50,25	51,2499	51,25	51,2499	51,25	52,2763	52,28	
		isolés	40,2086	39,42	41,0128	41,01	41,0128	41,01	41,8342	41,83	
		cohabitants	34,4760	33,80	35,1655	35,17	35,1655	35,17	35,8698	35,87	
		Travailleur non régulier									
		avec charge de famille	38,7221	38,72	39,4966	39,50	39,4966	39,50	40,2876	40,29	
		29,0416	29,04	29,6224	29,62	29,6224	29,62	30,2157	30,22		

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

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé - suite										
À partir du - Jusqu'au		01-05-2011	31-08-2011	01-09-2011	31-12-2011	à partir du 01-01-2012		Prochaine indexation		
Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)		114,97	1,2682	114,97	1,2682	114,97	1,2682	117,27	1,2936	
I. SALARIÉS (suite)										
4 - Maternité, paternité & adoption										
Maximum début de maternité, paternité, d'adoption et d'écartement du travail	du 01/01/2007 au 31/12/2008									
	Naiss. & adopt.	82,0 %	100,1765	100,18	100,1765	100,18	100,1765	100,18	102,1829	102,18
	Maternité	79,5 %	97,1223	97,12	97,1223	97,12	97,1223	97,12	99,0675	99,07
		75,0 %	91,6249	91,62	91,6249	91,62	91,6249	91,62	93,4599	93,46
	Écartement	60,0 %	73,2999	73,30	73,2999	73,30	73,2999	73,30	74,7680	74,77
	du 01/01/2009 au 31/12/2009									
	Naiss. & adopt.	82,0 %	100,9779	100,98	100,9779	100,98	100,9779	100,98	103,0003	103,00
	Maternité	79,5 %	97,8993	97,90	97,8993	97,90	97,8993	97,90	99,8600	99,86
		75,0 %	92,3578	92,36	92,3578	92,36	92,3578	92,36	94,2076	94,21
	Écartement	60,0 %	73,8862	73,89	73,8862	73,89	73,8862	73,89	75,3661	75,37
	du 01/01/2010 au 31/12/2010									
	Naiss. & adopt.	82,0 %	100,9779	100,98	100,9779	100,98	100,9779	100,98	103,0003	103,00
	Maternité	79,5 %	97,8993	97,90	97,8993	97,90	97,8993	97,90	99,8600	99,86
		75,0 %	92,3578	92,36	92,3578	92,36	92,3578	92,36	94,2076	94,21
	Écartement	60,0 %	73,8862	73,89	73,8862	73,89	73,8862	73,89	75,3661	75,37
	78,237 %	96,3440	96,34	96,3440	96,34	96,3440	96,34	98,2736	98,27	
à partir du 01/01/2011										
Naiss. & adopt.	82,0%	101,6847	101,68	101,6847	101,68	101,6847	101,68	103,7213	103,72	
Maternité	79,5%	98,5846	98,58	98,5846	98,58	98,5846	98,58	100,5591	100,56	
	75,0%	93,0043	93,00	93,0043	93,00	93,0043	93,00	94,8670	94,87	
Écartement	60,0%	74,4034	74,40	74,4034	74,40	74,4034	74,40	75,8936	75,89	
	78,237%	97,0184	97,02	97,0184	97,02	97,0184	97,02	98,9615	98,96	
5 - Divers										
Indemnités funéraires			148,74		148,74		148,74		148,74	
Gardiennage d'enfants (mensuel)		1 443,5446	1 443,54	1 443,5446	1 443,54	1 443,5446	1 443,54	1 472,4044	1 472,40	
Gardiennage d'enfants (journalier)		55,5209	55,52	55,5209	55,52	55,5209	55,52	56,6309	56,63	
Gardiennage d'enfants (salaire horaire)		8,7665	8,77	8,7665	8,77	8,7665	8,77	8,9417	8,94	
1 ^{re} tranche activité autorisée		11,4899		11,4899		15,0000		11,7200		
Tranches suivantes activité autorisée		11,4899		11,4899		9,0000		9,1803		
Prime de bien-être (incapacité <01/10/1974)			123,95		123,95		123,95		123,95	
II. INDEPENDANTS										
1 - Incapacité primaire										
avec charge de famille isolé		49,3546	49,35	50,3960	50,40	50,3960	50,40	51,4053	51,41	
isolé		37,8380	37,84	38,7348	38,73	38,7348	38,73	39,5106	39,51	
cohabitant		30,8367	30,84	31,4534	31,45	31,4534	31,45	32,0833	32,08	
2 - Invalidité										
n'ayant pas mis fin à leur entreprise										
avec charge de famille isolé		49,3546	49,35	50,3960	50,40	50,3960	50,40	51,4053	51,41	
isolé		37,8380	37,84	38,7348	38,73	38,7348	38,73	39,5106	39,51	
cohabitant		30,8367	30,84	31,4534	31,45	31,4534	31,45	32,0833	32,08	
ayant mis fin à leur entreprise										
avec charge de famille isolé		50,2450	50,25	51,2499	51,25	51,2499	51,25	52,2763	52,28	
isolé		40,2086	40,21	41,0128	41,01	41,0128	41,01	41,8342	41,83	
cohabitant		34,4760	34,48	35,1655	35,17	35,1655	35,17	35,8698	35,87	
3 - Indemnité de maternité & d'adoption										
Indemnité hebdomadaire			390,88		390,88		390,88		398,71	
4 - Revenu professionnel annuel - art.28bis										
À partir des revenus professionnels 2008			17 149,19		17 149,19		17 149,19		17 149,19	
III. REVENU AUTORISÉ DES PERSONNES À CHARGE										
plafond statut avec charge		837,5498	837,55	896,7062	896,71	896,7062	896,71	914,6658	914,67	
plafond statut isolés (revenus de remplacement)		967,5357	967,54	986,8864	986,89	986,8864	986,89	1 006,6521	1 006,65	
plafond statut isolés (revenus professionnels)		1 443,5446	1 443,54	1 443,5446	1 443,54	1 443,5446	1 443,54	1 472,4044	1 472,40	
IV. ALLOCATION FORFAITAIRE POUR AIDE DE TIERCE PERSONNE										
		13,2484	13,25	16,2484	16,25	16,2484	16,25	16,5739	16,57	
V. RETENUE DE 3,5 % SUR LES INDEMNITÉS D' INVALIDITÉS										
1 - Plancher journalier										
avec charge de famille sans charge de famille			55,14		55,14		55,14		56,24	
sans charge de famille			45,78		45,78		45,78		46,69	
2 - Retenue partielle sur les montants										
avec charge de famille entre et			55,15		55,15		55,15		56,25	
sans charge de famille entre et			57,13		57,13		57,13		58,27	
sans charge de famille entre et			45,79		45,79		45,79		46,70	
			47,43		47,43		47,43		48,37	
3 - Retenue intégrale à partir de										
avec charge de famille			57,14		57,14		57,14		58,28	
sans charge de famille			47,44		47,44		47,44		48,38	
VI. INDEMNITÉS MAXIMUM PERÇUES DANS LE CADRE DU VOLONTARIAT										
Montant journalier		30,8239	30,82	30,8239	30,82	31,4387	31,44	32,0683	32,07	
Montant annuel		1 232,9181	1 232,92	1 232,9181	1 232,92	1 257,5091	1 257,51	1 282,6950	1 282,70	
VII. PRIME DE RATTRAPAGE (1 an d'incapacité au 31/12/N-1)										
		200,0000	200,00	200,0000	200,00	200,0000	200,00	204,0056	204,01	



Le tableau D remplace celui repris dans la circulaires O.A. n° 2011/329 – 45/230 – 482/111 du 12 août 2011

Tableau III

Période à partir du 1^{er} janvier 2012

Incapacité primaire	Salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité	60 % du salaire	150 % de l'indemnité à 60 %	125 % de l'indemnité à 60 %	170 % de l'indemnité à 60 %	145 % de l'indemnité à 60 %
0 année d'expérience : <ul style="list-style-type: none"> • Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation de réinsertion • Jeune chômeur qui effectue une formation professionnelle en entreprise ou un stage d'insertion en entreprise • Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation d'établissement • Titulaire pour lequel la mutualité ne dispose pas encore des données de la feuille de renseignements 	61,1542	36,6925	55,0388	45,8656	62,3773	53,2041
9 années d'expérience : <ul style="list-style-type: none"> • Chômeur en période forfaitaire (troisième période de chômage) • Titulaire qui ne dispose d'aucun salarié de référence au début du risque et qui ne possède pas la qualité de chômeur contrôlé (assurance continuée) 	63,1450	37,8870	56,8305	47,3588	64,4079	54,9362

Invalidité	Salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité	65 % du salaire	55 % du salaire	40 % du salaire	150 % de l'indemnité à 65 %	125 % de l'indemnité à 65 %	170 % de l'indemnité à 65 %	145 % de l'indemnité à 65 %
0 année d'expérience : <ul style="list-style-type: none"> ○ Jeune chômeur bénéficiaire d'une allocation de réinsertion ○ Jeune chômeur qui effectue une formation professionnelle en entreprise ou un stage d'insertion en entreprise ○ Demandeur d'emploi bénéficiaire d'une allocation d'établissement ○ Titulaire pour lequel la mutualité ne dispose pas encore des données de la feuille de renseignements 	61,1542	39,7502	33,6348	24,4617	59,6253	49,6878	67,5753	57,6378
9 années d'expérience : <ul style="list-style-type: none"> ○ Chômeur en période forfaitaire (3^e période de chômage) ○ Titulaire qui ne dispose d'aucun salaire de référence au début du risque et qui ne possède pas la qualité de chômeur contrôlé (assurance continuée) 	63,1450	41,0443	34,7298	25,2580	61,5665	51,3054	69,7753	59,5142

Ces montants ne tiennent pas compte de l'application des minima

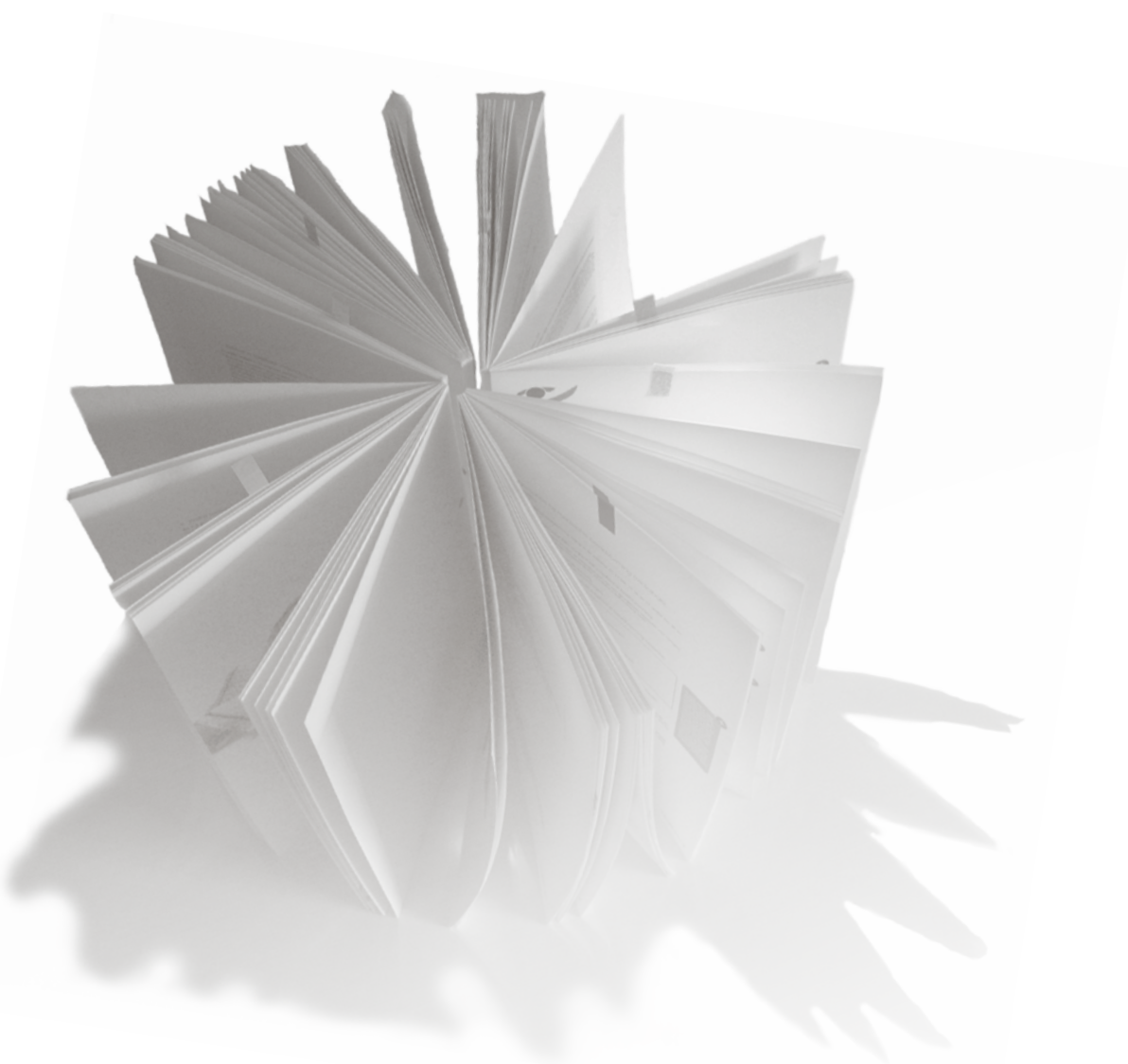


Le tableau III remplace celui repris dans la circulaires O.A. n° 2011/186 - 45/229 du 6 mai 2011

Circulaire O.A. n° 2012/16 - 45/232 - 482/112 du 12 janvier 2012

6^e Partie

Statistiques



Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 3^e 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	
Total médecins	1.622.344	3.279.729	4.896.719	6.637.649	6.752.342
2. a) Honoraires dentaires	182.454	363.300	533.200	723.084	
b) Forfait accréditation	2	7	10.814	10.911	
Total dentistes	182.456	363.307	544.014	733.995	725.299
3. Prestations pharmaceutiques	1.046.186	2.074.146	3.068.416	4.120.417	4.114.558
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	236.929	488.376	741.800	992.475	1.067.781
5. Frais spécifiques services soins à domicile	8.307	8.307	17.433	17.433	17.602
6. Soins par kinésithérapeutes	138.588	281.541	409.898	549.049	554.250
7. Soins par bandagistes	50.787	104.943	158.593	220.657	213.553
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	122.061	245.091	359.550	486.150	631.061
10. Soins par opticiens	6.045	11.781	17.021	22.586	19.589
11. Soins par audiciens	9.348	18.761	28.976	38.904	38.857
12. Accouchements par accoucheuses	3.174	6.344	9.826	13.401	13.882
13. Prix de la journée d'entretien	1.130.463	2.270.335	3.388.971	4.505.495	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	47.276	96.152	143.893	195.657	
Total	1.177.739	2.366.487	3.532.864	4.701.152	4.850.422
14. Hôpital militaire - prix all-in	994	4.164	5.753	8.255	7.458
15. Dialyse					
a) Médecins	33.239	66.249	101.038	136.162	
b) Forfait dialyse rénale	30.973	61.565	93.736	126.502	
c) À domicile, dans un centre	23.675	45.414	71.292	97.055	
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	
Total dialyse	87.887	173.228	266.066	359.719	366.686

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2009 - suite (en milliers EUR)

Libellé	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	233.221	465.056	700.771	945.453	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	208.197	413.629	623.096	837.404	
c) Centres de soins de jour	3.092	6.023	9.317	12.772	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	81.467	142.363	203.315	264.298	
e) Prime syndicale	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0	156	156	193	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	0	0	
Total	528.272	1.029.522	1.538.950	2.062.415	2.102.965
17. Fin de carrière	29.604	45.952	62.409	78.936	63.041
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	21.424	41.855	63.480	85.882	93.987
b) Initiatives d'habitation protégée	8.791	17.462	26.523	35.732	42.873
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	473	961	1.490	1.986	2.109
Total	30.688	60.278	91.493	123.600	138.969
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	107.207	219.697	327.324	446.290	481.477
20. Fond Spécial	4.156	5.735	6.705	11.255	14.412
21. Logopédie	16.546	34.028	47.472	65.076	68.226
22. Centres médicaux-pédiatriques	3	3	3	3	40
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	3.362	7.114	12.435	18.839	22.404
24. Régularisations + Refacturation	-11.773	-52.647	-76.353	-104.458	-88.966
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	93.369	145.669	198.138	305.621	
b) MAF fiscal	-353	-755	-1.186	-1.409	
Total maximum à facturer	93.016	144.914	196.952	304.212	339.149
26. Patients chroniques	17.243	32.418	52.592	80.159	83.166
27. Soins palliatifs	3.346	6.968	9.329	10.154	10.159
28. Soins palliatifs (patient)	2.804	5.823	8.759	11.730	12.113
29. Matériel corporel humain	1.643	2.772	3.864	5.801	9.643
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	106	202	319	467	405
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	122	218	314	401	
b) COMA	112	244	360	493	
c) Projets thérapeutiques	226	421	564	783	
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	460	883	1.238	1.677	2.834
32. Internés	65	3.446	15.186	26.468	31.874
33. Sevrage tabac	1	1	2	50	3.390
34. Circuit de soins psychiatriques	107	1.956	1.956	2.016	2.888
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	99.730

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2009 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Objectif
36.Fonds assuétudes	0	0	234	676	3.000
37.Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38.Maisons médicales	15.373	31.841	48.729	65.931	56.958
39.SM/SLA/Huntington	0	1.510	1.952	2.860	8.265
40.Patients chroniques extra	0	0	0	0	8.285
41.Trajets de soins	0	0	0	0	0
42.Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0	0	0
43.Fonds d'indemnisation	0	0	0	0	0
44.Divers	1.143	2.264	2.571	7.422	56.388
- Affectation fonds d'avenir					299.852
- Montants réservés 2009					-119.537
- Salde					0
Total	0	0	0	0	180.315
Total général	5.536.217	11.010.885	16.411.050	22.123.421	23.084.470

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	304.908	603.020	878.112	1.163.106	
b) Imagerie médicale	267.741	544.272	796.850	1.069.431	
c) Consultations, visites et avis	456.253	877.458	1.296.696	1.713.184	
d) Prestations spéciales	292.833	587.061	869.616	1.172.884	
e) Chirurgie	256.342	513.076	763.093	1.030.698	
f) Gynécologie	22.204	44.331	66.697	90.437	
g) Surveillance	91.009	178.704	266.480	356.260	
h) Forfait accréditation médecins	2.858	2.859	8.700	14.072	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	8	6.164	6.329	6.372	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	0	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	13.713	19.509	22.639	29.899	
m) Fonds d'impulsion	1.321	3.506	5.289	7.657	
n) Soutien de la pratique médecine générale	961	1.449	1.642	11.920	
Total médecins	1.710.151	3.381.409	4.982.143	6.665.920	6.867.386
2. a) Honoraires dentaires	190.647	381.393	555.123	744.676	
b) Forfait accréditation	7	14	11.584	11.733	
Total dentistes	190.654	381.407	566.707	756.409	773.864
3. Prestations pharmaceutiques	1.049.256	2.103.970	3.145.358	4.249.733	4.179.054
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	256.927	523.705	787.359	1.056.015	1.083.653
5. Frais spécifiques services soins à domicile	9.270	9.270	18.599	18.656	18.785
6. Soins par kinésithérapeutes	149.790	301.245	436.601	580.007	574.036
7. Soins par bandagistes	54.171	114.470	174.272	237.662	232.300
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	128.470	254.736	380.667	516.489	638.106
10. Soins par opticiens	6.116	12.077	17.434	22.834	29.729
11. Soins par audiciens	11.438	21.824	32.767	43.539	40.400
12. Accouchements par accoucheuses	3.426	6.970	10.582	14.364	14.490
13. Prix de la journée d'entretien	1.122.717	2.265.839	3.428.615	4.626.385	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	47.763	97.457	146.981	200.764	
Transport	0	0	0	0	
Total	1.170.480	2.363.296	3.575.596	4.827.149	5.022.137
14. Hôpital militaire - prix all-in	1.387	2.091	5.160	6.630	7.507
15. Dialyse					
a) Médecins	34.464	67.754	102.057	139.930	
b) Forfait dialyse rénale	31.881	63.122	94.022	128.831	
c) A domicile, dans un centre	25.235	49.197	73.277	102.052	
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	
Total dialyse	91.580	180.073	269.356	370.813	376.821

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Objectif
16.MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	268.022	519.429	777.536	1.045.277	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	215.012	417.858	626.811	846.297	
c) Centres de soins de jour	3.457	6.788	10.250	13.843	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.242	149.678	215.801	281.847	
e) Prime syndicale	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	189	189	10.983	13.012	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	542	542	
Total	572.217	1.096.237	1.644.218	2.203.113	2.180.172
17.Fin de carrière	34.883	54.081	72.955	91.956	82.000
18.Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	21.683	41.836	63.967	86.870	99.353
b) Initiatives d'habitation protégée	9.474	18.305	27.251	36.464	42.156
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	550	1.085	1.677	2.247	2.330
Total	31.707	61.226	92.895	125.581	143.839
19.Rééducation fonctionnelle et professionnelle	113.104	232.538	347.220	474.632	513.851
20.Fond Spécial	4.024	8.220	10.164	18.995	14.412
21.Logopédie	18.085	36.918	51.348	70.045	67.729
22.Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23.Autres frais de séjour et frais de déplacement	6.168	12.171	18.565	26.247	26.183
24.Régularisations + Refacturation	-49.560	-77.491	-100.696	-125.452	-67.959
25.Du maximum à facturer					
a) MAF social	120.855	173.310	223.317	326.335	
b) MAF fiscal	0	0	0	0	
Total maximum à facturer	120.855	173.310	223.317	326.335	355.628
26.Patients chroniques	20.607	35.572	55.500	85.298	88.666
27.Soins palliatifs	3.450	7.174	9.939	10.466	11.823
28.Soins palliatifs (patient)	3.117	6.191	9.288	12.325	12.844
29.Matériel corporel humain	1.435	2.678	4.426	5.592	10.232
30.Équipes multidisciplinaires voiturettes	128	242	383	518	485
31.Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	85	190	271	365	
b) COMA	118	248	372	485	
c) Projets thérapeutiques	116	215	385	553	
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	319	653	1.028	1.403	2.614
32.Internés	8.871	13.735	19.722	36.379	32.170
33. Sevrage tabac	118	274	427	611	3.422
34. Circuit de soins psychiatriques	0	1.673	1.903	1.954	3.046
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	49.730

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Objectif
36.Fonds assuétudes	1.431	3.000	3.000	3.000	3.000
37.Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38.Maisons médicales	17.497	35.922	53.787	73.335	69.991
39.SM/SLA/Huntington	1.085	2.433	3.777	5.117	8.227
40.Patients chroniques extra	0	0	0	0	26.981
41.Trajets de soins	0	0	0	0	4.518
42.Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0	0	4.240
43.Fonds d'indemnisation	0	0	0	0	5.385
44.Maladies rares	0	0	0	0	0
45.Accord social	0	0	0	0	0
46.Divers	414	1.873	2.289	9.789	59.619
- Affectation fonds d'avenir					294.189
- Initiatives 2010 BMF					33.859
- Contributions sécurité sociale équilibre					350.000
Total	0	0	0	0	678.048
Total général	5.743.071	11.365.173	16.928.056	22.823.459	24.249.164

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	282.198	578.491	869.545		
b) Imagerie médicale	265.925	548.189	821.823		
c) Consultations, visites et avis	481.137	921.764	1.340.380		
d) Prestations spéciales	295.200	599.227	893.804		
e) Chirurgie	267.290	539.713	796.219		
f) Gynécologie	22.858	45.751	69.424		
g) Surveillance	91.284	184.835	275.739		
h) Forfait accréditation médecins	3.180	3.180	9.076		
i) Forfait dossier médical	0	0	0		
j) Forfait télématique	46	6.181	6.471		
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0		
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	4.924	33.832	52.243		
m) Fonds d'impulsion	906	3.004	5.709		
n) Soutien de la pratique médecine générale	430	542	1.393		
Total médecins	1.715.378	3.464.709	5.141.826	0	7.110.317
2. a) Honoraires dentaires	198.154	388.839	566.347		797.272
b) Forfait accréditation	7	12	13.121		13.198
Total dentistes	198.161	388.851	579.468	0	810.470
3. Prestations pharmaceutiques	1.091.498	2.187.393	3.261.026		4.295.729
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	269.534	542.800	831.253		1.128.320
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.639	11.295	21.384		20.006
6. Soins par kinésithérapeutes	159.486	316.575	457.864		585.715
7. Soins par bandagistes	58.879	123.040	184.922		261.062
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	137.405	273.121	404.789		677.402
10. Soins par opticiens	6.589	12.397	17.749		30.085
11. Soins par audiciens	11.962	24.057	35.462		45.988
12. Accouchements par accoucheuses	3.846	7.541	11.514		15.737
13. Prix de la journée d'entretien	1.216.571	2.465.321	3.715.104		5.120.839
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	51.959	107.264	162.247		213.069
Transport	0	0	0		238
Total	1.268.530	2.572.585	3.877.351	0	5.334.146
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.278	5.205	7.599		7.667
15. Dialyse					
a) Médecins	35.638	71.437	108.713		149.630
b) Forfait dialyse rénale	32.692	65.673	100.633		140.214
c) A domicile, dans un centre	25.795	51.448	79.077		106.447
d) Dialyse de nuit	0	0	0		0
Total dialyse	94.125	188.558	288.423	0	396.291

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
16.MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	296.122	580.949	881.187		
b) Maisons de repos pour personnes âgées	220.883	427.173	643.341		
c) Centres de soins de jour	3.773	7.677	11.739		
d) Harmonisation salariale personnel MRS	76.257	144.467	215.585		
e) Prime syndicale	2.341	2.341	4.293		
f) Renouvellements de soins (art. 56)	5.048	7.309	10.449		
g) Centres de jour palliatifs	0	0	0		
Total	604.424	1.169.916	1.766.594	0	2.367.070
17.Fin de carrière	34.469	55.688	76.854		97.155
18.Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	22.934	46.475	72.101		106.370
b) Initiatives d'habitation protégée	9.268	18.349	27.933		41.201
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	590	1.260	1.919		2.634
Total	32.792	66.084	101.953	0	150.205
19.Rééducation fonctionnelle et professionnelle	115.340	243.652	363.792		561.805
20.Fond Spécial	5.367	8.483	9.952		17.643
21.Logopédie	19.587	39.551	55.007		72.903
22.Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0		0
23.Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.597	14.324	21.549		25.904
24.Régularisations + Refacturation	-40.299	-65.669	-84.691		-71.017
25.Du maximum à facturer					
a) MAF social	125.352	160.709	223.499		379.760
b) MAF fiscal	0	0	0		
Total maximum à facturer	125.352	160.709	223.499	0	379.760
26.Patients chroniques	20.769	35.658	55.409		96.927
27.Soins palliatifs	3.567	7.668	10.592		12.422
28.Soins palliatifs (patient)	3.254	6.344	9.483		20.092
29.Matériel corporel humain	1.207	2.583	4.055		8.980
30.Équipes multidisciplinaires voiturettes	121	235	397		526
31.Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	127	225	318		568
b) COMA	119	247	373		783
c) Projets thérapeutiques	134	263	407		1.335
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	380	735	1.098	0	2.686
32.Internés	4.889	5.070	14.431		32.620
33.Sevrage tabac	224	430	629		2.535
34.Circuit de soins psychiatriques	58	1.248	1.713		3.828

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
35.Provision de stabilité	0	0	0		50.000
36.Fonds assuétudes	3.000	3.000	3.000		3.000
37.Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0		0
38.Maisons médicales	19.498	41.040	62.988		84.896
39.SM/SLA/Huntington	1.408	3.239	4.888		8.563
40.Patients chroniques extra	0	0	0		9.069
41.Trajets de soins	0	0	0		0
42.Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0		0
43.Fonds d'indemnisation	0	0	0		12.507
44.Maladies rares	0	0	0		2.964
45.Accord social	0	0	7.964		17.930
46.Divers	1.297	1.480	2.745		30.821
- Affectation fonds d'avenir					0
- Initiatives 2010 BMF					0
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					55.147
- Contributions sécurité sociale équilibre					1.093.460
Total	0	0	0	0	1.148.607
Total général	5.992.611	11.919.595	17.834.531	0	25.869.336

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2009 - 2010 en %

Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	11,7	6,8	1,0	-2,9
b) Imagerie médicale	6,3	2,6	0,5	-0,3
c) Consultations, visites et avis	6,8	6,1	6,2	7,5
d) Prestations spéciales	2,7	2,9	2,4	2,7
e) Chirurgie	3,9	2,2	3,0	3,2
f) Gynécologie	1,4	-0,4	-0,6	0,3
g) Surveillance	6,7	3,7	3,7	3,7
h) Forfait accréditation médecins	-31,5	-66,6	-15,5	-9,9
i) Forfait dossier médical	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
j) Forfait télématique	60,0	9,2	6,0	6,6
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	187,7	47,2	-9,0	-16,1
m) Fonds d'impulsion	-22,7	-15,6	-26,4	-13,5
n) Soutien de la pratique médecine générale	0,0	263,2	105,0	26,4
Total médecins	6,1	6,6	6,9	8,2
2. a) Honoraires dentaires	4,5	5,0	4,1	3,0
b) Forfait accréditation	250,0	100,0	7,1	7,5
Total dentistes	4,5	5,0	4,2	3,1
3. Prestations pharmaceutiques	0,3	1,4	2,5	3,1
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Frais spécifiques services soins à domicile	11,6	11,6	6,7	7,0
6. Soins par kinésithérapeutes	9,9	10,3	8,8	9,1
7. Soins par bandagistes	6,7	9,1	9,9	7,7
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	5,3	3,9	5,9	6,2
10. Soins par opticiens	1,2	2,5	2,4	1,1
11. Soins par audiciens	22,4	16,3	13,1	11,9
12. Accouchements par accoucheuses	7,9	9,9	7,7	7,2
13. Prix de la journée d'entretien	-0,7	-0,2	1,2	2,7
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	1,0	1,4	2,1	2,6
Total	-0,6	-0,1	1,2	2,7
14. Hôpital militaire - prix all-in	39,5	-49,8	-10,3	-19,7
15. Dialyse				
a) Médecins	3,7	2,3	1,0	2,8
b) Forfait dialyse rénale	2,9	2,5	0,3	1,8
c) À domicile, dans un centre	6,6	8,3	2,8	5,1
d) Dialyse de nuit	0,0	0,0	0,0	0,0
Total dialyse	4,2	4,0	1,2	3,1

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2009 - 2010 en % - suite				
Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
16.MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	14,9	11,7	11,0	10,6
b) Maisons de repos pour personnes âgées	3,3	1,0	0,6	1,1
c) Centres de soins de jour	11,8	12,7	10,0	8,4
d) Harmonisation salariale personnel MRS	2,2	5,1	6,1	6,6
e) Prime syndicale	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0,0	21,2	6.940,4	6.642,0
g) Centres de jour palliatifs	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	8,3	6,5	6,8	6,8
17.Fin de carrière	17,8	17,7	16,9	16,5
18.Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	1,2	0,0	0,8	1,2
b) Initiatives d'habitation protégée	7,8	4,8	2,7	2,0
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	16,3	12,9	12,6	13,1
Total	3,3	1,6	1,5	1,6
19.Rééducation fonctionnelle et professionnelle	5,5	5,8	6,1	6,4
20.Fond Spécial	-3,2	43,3	51,6	68,8
21.Logopédie	9,3	8,5	8,2	7,6
22.Centres médicaux-pédiatriques	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
23.Autres frais de séjour et frais de déplacement	83,5	71,1	49,3	39,3
24.Régularisations + Refacturation	321,0	47,2	31,9	20,1
25.Du maximum à facturer				
a) MAF social	29,4	19,0	12,7	6,8
b) MAF fiscal	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Total maximum à facturer	29,9	19,6	13,4	7,3
26.Patients chroniques	19,5	9,7	5,5	6,4
27.Soins palliatifs	3,1	3,0	6,5	3,1
28.Soins palliatifs (patient)	11,2	6,3	6,0	5,1
29.Matériel corporel humain	-12,7	-3,4	14,5	-3,6
30.Équipes 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
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-30,7	-26,0	-17,0	-16,3

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2009 - 2010 en % - suite

Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
32.Internés	13.547,7	298,6	29,9	37,4
33.Sevrage tabac	11.700,0	27.300,0	21.250,0	1.122,0
34.Circuit de soins psychiatriques	-100,0	-14,5	-2,7	-3,1
35.Provision de stabilité	0,0	0,0	0,0	0,0
36.Fonds assuétudes	0,0	0,0	1.182,1	343,8
37.Montants de rattrapage hôpitaux	0,0	0,0	0,0	0,0
38.Maisons médicales	13,8	12,8	10,4	11,2
39.SM/SLA/Huntington	0,0	61,1	93,5	78,9
40.Patients chroniques extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41.Trajets de soins	0,0	0,0	0,0	0,0
42.Solidarité chapitre IV hors indication	0,0	0,0	0,0	0,0
43.Fonds d'indemnisation	0,0	0,0	0,0	0,0
44.Divers	-63,8	-17,3	-11,0	31,9
Total général	3,7	3,2	3,2	3,2

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en %				
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-7,4	-4,1		-100,0
b) Imagerie médicale	-0,7	0,7	3,1	-100,0
c) Consultations, visites et avis	5,5	5,0	3,4	-100,0
d) Prestations spéciales	0,8	2,1	2,8	-100,0
e) Chirurgie	4,3	5,2	4,3	-100,0
f) Gynécologie	2,9	3,2	4,1	-100,0
g) Surveillance	0,3	3,4	3,5	-100,0
h) Forfait accréditation médecins	11,3	11,2	4,3	-100,0
i) Forfait dossier médical	0,0		0,0	0,0
j) Forfait télématique	475,0	0,3	2,2	-100,0
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0		0,0	0,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	-64,1	73,4	130,8	-100,0
m) Fonds d'impulsion	-31,4	-14,3	7,9	-100,0
n) Soutien de la pratique médecine générale	-55,3	-62,6	-15,2	-100,0
Total médecins	0,3	2,5	3,2	-100,0
2. a) Honoraires dentaires	3,9	2,0	2,0	-100,0
b) Forfait accréditation	0,0	-14,3	13,3	-100,0
Total dentistes	3,9	2,0	2,3	-100,0
3. Prestations pharmaceutiques	4,0	4,0	3,7	-100,0
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	4,9	3,6	5,6	-100,0
5. Frais spécifiques services soins à domicile	14,8	21,8	15,0	-100,0
6. Soins par kinésithérapeutes	6,5	5,1	4,9	-100,0
7. Soins par bandagistes	8,7	7,5	6,1	-100,0
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	7,0	7,2	6,3	-100,0
10. Soins par opticiens	7,7	2,6	1,8	-100,0
11. Soins par audiciens	4,6	10,2	8,2	-100,0
12. Accouchements par accoucheuses	12,3	8,2	8,8	-100,0
13. Prix de la journée d'entretien	8,4	8,8	8,4	-100,0
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	8,8	10,1	10,4	-100,0
Transport	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Total	8,4	8,9	8,4	-100,0
14. Hôpital militaire - prix all-in	64,2	148,9	47,3	-100,0

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en % - suite

Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
15.Dialyse				
a) Médecins	3,4	5,4	6,5	-100,0
b) Forfait dialyse rénale	2,5	4,0	7,0	-100,0
c) À domicile, dans un centre	2,2	4,6	7,9	-100,0
d) Dialyse de nuit	0,0		0,0	0,0
Total dialyse	2,8	4,7	7,1	-100,0
16.MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	10,5	11,8	13,3	-100,0
b) Maisons de repos pour personnes âgées	2,7	2,2	2,6	-100,0
c) Centres de soins de jour	9,1	13,1	14,5	-100,0
d) Harmonisation salariale personnel MRS	-8,4	-3,5	-0,1	-100,0
e) Prime syndicale	2,0	2,0	87,1	-100,0
f) Renouvellements de soins (art. 56)	2.570,9	3.767,2	-4,9	-100,0
g) Centres de jour palliatifs	0,0		-100,0	-100,0
Total	5,6	6,7	7,4	-100,0
17.Fin de carrière	-1,2	3,0	5,3	-100,0
18.Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	5,8	11,1	12,7	-100,0
b) Initiatives d'habitation protégée	-2,2	0,2	2,5	-100,0
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	7,3	16,1	14,4	-100,0
Total	3,4	7,9	9,8	-100,0
19.Rééducation fonctionnelle et professionnelle	2,0	4,8	4,8	-100,0
20.Fond Spécial	33,4	3,2	-2,1	-100,0
21.Logopédie	8,3	7,1	7,1	-100,0
22.Centres médicaux-pédiatriques	0,0		0,0	0,0
23.Autres frais de séjour et frais de déplacement	23,2	17,7	16,1	-100,0
24.Régularisations + Refacturation	-18,7	-15,3	-15,9	-100,0
25.Du maximum à facturer				
a) MAF social	3,7	-7,3	0,1	-100,0
b) MAF fiscal	0,0		0,0	0,0
Total maximum à facturer	3,7	-7,3	0,1	-100,0
26.Patients chroniques	0,8	0,2	-0,2	-100,0
27.Soins palliatifs	3,4	6,9	6,6	-100,0

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en % - suite				
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
28.Soins palliatifs (patient)	4,4	2,5	2,1	-100,0
29.Matériel corporel humain	-15,9	-3,5	-8,4	-100,0
30.Équipes multidisciplinaires voiturettes	-5,5	-2,9	3,7	-100,0
31.Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	49,4	18,4	17,3	-100,0
b) COMA	0,8	-0,4	0,3	-100,0
c) Projets thérapeutiques	15,5	22,3	5,7	-100,0
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	19,1	12,6	6,8	-100,0
32.Internés	-44,9	-63,1	-26,8	-100,0
33.Sevrage tabac	89,8	56,9	47,3	-100,0
34.Circuit de soins psychiatriques	0,0	-25,4	-10,0	-100,0
35.Provision de stabilité	0,0		0,0	0,0
36.Fonds assuétudes	109,6	0,0	0,0	-100,0
37.Montants de rattrapage hôpitaux	0,0		0,0	0,0
38.Maisons médicales	11,4	14,2	17,1	-100,0
39.SM/SLA/Huntington	29,8	33,1	29,4	-100,0
40.Patients chroniques extra	0,0		0,0	0,0
41.Trajets de soins	0,0		0,0	0,0
42.Solidarité chapitre IV hors indication	0,0		0,0	0,0
43.Fonds d'indemnisation	0,0		0,0	0,0
44.Maladies rares	0,0			
45.Accord social	0,0			
46.Divers	213,3	-21,0	19,9	-100,0
Total général	4,3	4,9	5,4	-100,0

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2011 dans l'objectif 2011				
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Imagerie médicale	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Consultations, visites et avis	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Prestations spéciales	0,0	0,0	0,0	0,0
e) Chirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Gynécologie	0,0	0,0	0,0	0,0
g) Surveillance	0,0	0,0	0,0	0,0
h) Forfait accréditation médecins	0,0	0,0	0,0	0,0
i) Forfait dossier médical	0,0	0,0	0,0	0,0
j) Forfait télématique	0,0	0,0	0,0	0,0
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	0,0	0,0	0,0	0,0
m) Fonds d'impulsion	0,0	0,0	0,0	0,0
n) Soutien de la pratique médecine générale	0,0	0,0	0,0	0,0
Total médecins	24,1	48,7	72,3	0,0
2. a) Honoraires dentaires	24,9	48,8	71,0	0,0
b) Forfait accréditation	0,1	0,1	99,4	0,0
Total dentistes	24,5	48,0	71,5	0,0
3. Prestations pharmaceutiques	25,4	50,9	75,9	0,0
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	23,9	48,1	73,7	0,0
5. Frais spécifiques services soins à domicile	53,2	56,5	106,9	0,0
6. Soins par kinésithérapeutes	27,2	54,0	78,2	0,0
7. Soins par bandagistes	22,6	47,1	70,8	0,0
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	20,3	40,3	59,8	0,0
10. Soins par opticiens	21,9	41,2	59,0	0,0
11. Soins par audiciens	26,0	52,3	77,1	0,0
12. Accouchements par accoucheuses	24,4	47,9	73,2	0,0
13. Prix de la journée d'entretien	23,8	48,1	72,5	0,0
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	24,4	50,3	76,1	0,0
Transport	0,0	0,0	0,0	
Total	23,8	48,2	72,7	0,0
14. Hôpital militaire - prix all-in	29,7	67,9	99,1	0,0

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2011 dans l'objectif 2011 - suite

Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
15.Dialyse	0,0		0,0	0,0
a) Médecins	23,8	47,7	72,7	0,0
b) Forfait dialyse rénale	23,3	46,8	71,8	0,0
c) À domicile, dans un centre	24,2	48,3	74,3	0,0
d) Dialyse de nuit	0,0		0,0	0,0
Total dialyse	23,8	47,6	72,8	0,0
16.MRS/MRPA/Centres de soins de jours	0,0	0,0	0,0	0,0
a) Maisons de repos et de soins	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Maisons de repos pour personnes âgées	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Centres de soins de jour	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Harmonisation salariale personnel MRS	0,0	0,0	0,0	0,0
e) Prime syndicale	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0,0	0,0	0,0	0,0
g) Centres de jour palliatifs	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	25,5	49,4	74,6	0,0
17.Fin de carrière	35,5	57,3	79,1	0,0
18.Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	21,6	43,7	67,8	0,0
b) Initiatives d'habitation protégée	22,5	44,5	67,8	0,0
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	22,4	47,8	72,9	0,0
Total	21,8	44,0	67,9	0,0
19.Rééducation fonctionnelle et professionnelle	20,5	43,4	64,8	0,0
20.Fond Spécial	30,4	48,1	56,4	0,0
21.Logopédie	26,9	54,3	75,5	0,0
22.Centres médicaux-pédiatriques	0,0		0,0	0,0
23.Autres frais de séjour et frais de déplacement	29,3	55,3	83,2	0,0
24.Régularisations + Refacturation	56,7	92,5	119,3	0,0
25.Du maximum à facturer				
a) MAF social	33,0	42,3	58,9	0,0
b) MAF fiscal	0,0		0,0	0,0
Total maximum à facturer	33,0	42,3	58,9	0,0
26.Patients chroniques	21,4	36,8	57,2	0,0
27.Soins palliatifs	28,7	61,7	85,3	0,0
28.Soins palliatifs (patient)	16,2	31,6	47,2	0,0
29.Matériel corporel humain	13,4	28,8	45,2	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
30.Équipes multidisciplinaires voitures	23,0	44,7	75,5	0,0
31.Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	22,4	39,6	56,0	0,0
b) COMA	15,2	31,5	47,6	0,0
c) Projets thérapeutiques	10,0	19,7	30,5	0,0
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	14,1	27,4	40,9	0,0
32.Internés	15,0	15,5	44,2	0,0
33.Sevrage tabac	8,8	17,0	24,8	0,0
34.Circuit de soins psychiatriques	1,5	32,6	44,7	0,0
35.Provision de stabilité	0,0	0,0	0,0	0,0
36.Fonds assuétudes	100,0	100,0	100,0	0,0
37.Montants de rattrapage hôpitaux	0,0		0,0	0,0
38.Maisons médicales	23,0	48,3	74,2	0,0
39.SM/SLA/Huntington	16,4	37,8	57,1	0,0
40.Patients chroniques extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41.Trajets de soins			0,0	0,0
42.Solidarité chapitre IV hors indication			0,0	0,0
43.Fonds d'indemnisation	0,0	0,0	0,0	0,0
44.Maladies rares	0,0	0,0	0,0	0,0
45.Accord social	0,0	0,0	44,4	0,0
46.Divers	4,2	4,8	8,9	0,0
Total général	23,2	46,1	68,9	0,0

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs				
Libellé	Décembre 2010 (1)	Mars 2011 (2)	Juin 2011 (3)	Septembre 2011 (4)
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-2,94	-7,30	-7,93	-4,33
b) Imagerie médicale	-0,35	-1,97	-1,25	1,58
c) Consultations, visites et avis	-0,09	0,79	1,57	0,88
d) Prestations spéciales	2,69	2,21	2,26	2,94
e) Chirurgie	3,18	3,29	4,71	4,19
f) Gynécologie	0,32	0,72	2,10	3,83
g) Surveillance	3,73	2,10	3,60	3,57
h) Forfait accréditation médecins	-9,88	0,65	45,09	3,07
i) Forfait dossier médical	-100,00			
j) Forfait télématique	6,56	7,14	-1,69	2,78
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	-16,12	-52,66	5,53	78,06
m) Fonds d'impulsion	-13,46	-14,40	-12,75	16,15
n) Soutien de la pratique médecine générale	26,41	9,60	5,09	13,63
Total médecins	0,43	-0,81	0,15	1,53
2. a) Honoraires dentaires	2,99	2,86	1,48	1,46
b) Forfait accréditation	7,53	7,48	7,45	13,60
Total dentistes	3,05	2,93	1,56	1,65
3. Prestations pharmaceutiques	3,14	4,09	4,41	4,00
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	6,40	5,55	4,60	5,96
5. Frais spécifiques services soins à domicile	7,02	8,86	12,42	15,28
6. Soins par kinésithérapeutes	5,64	5,26	4,67	4,43
7. Soins par bandagistes	11,19	10,74	9,53	7,56
8. Soins par orthopédistes	5,23	6,36	5,14	3,25
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	6,24	6,67	7,88	6,57
10. Soins par opticiens	1,10	2,87	1,19	0,65
11. Soins par audiciens	11,91	7,49	9,07	8,29
12. Accouchements par accoucheuses	7,19	8,28	6,47	8,05
13. Prix de la journée d'entretien	2,68	4,95	7,22	8,09
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	2,61	4,49	6,91	8,70
Transport				
Total	2,68	4,93	7,20	8,12

(1) Décembre 2010 = (12 mois 2010) / (12 mois 2009)
(2) Mars 2011 = (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) / (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009)
(3) Juin 2011 = (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) / (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009)
(4) Septembre 2011 = (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) / (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Décembre 2010 (1)	Mars 2011 (2)	Juin 2011 (3)	Septembre 2011 (4)
14.Hôpital militaire - prix all-in	-19,69	-13,03	57,62	18,36
15.Dialyse				
a) Médecins	2,77	2,71	4,32	6,86
b) Forfait dialyse rénale	1,84	1,75	2,59	6,83
c) À domicile, dans un centre	5,15	4,05	3,44	8,90
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	3,08	2,74	3,47	7,40
16.MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	10,56	9,50	10,70	12,40
b) Maisons de repos pour personnes âgées	1,06	0,94	1,66	2,58
c) Centres de soins de jour	8,39	7,78	8,83	11,87
d) Harmonisation salariale personnel MRS	6,64	3,30	1,85	1,75
e) Prime syndicale	0,00	2,00	2,00	87,06
f) Renouvellements de soins (art. 56)	6.641,97	4.578,27	8.807,96	13,23
g) Centres de jour palliatifs				
Total	6,82	6,12	6,94	7,28
17.Fin de carrière	16,49	8,70	7,46	7,12
18.Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	1,15	2,30	6,58	10,00
b) Initiatives d'habitation protégée	2,05	-0,43	-0,18	1,88
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	13,14	10,86	14,79	14,54
Total	1,60	1,64	4,73	7,71
19.Rééducation fonctionnelle et professionnelle	6,35	5,46	5,80	5,37
20.Fond Spécial	68,77	82,85	4,16	27,65
21.Logopédie	7,64	7,40	6,93	6,89
22.Centres médicaux-pédiatriques	-100,00			
23.Autres frais de séjour et frais de déplacement	39,32	27,86	18,85	17,07
24.Régularisations + Refacturation	20,10	-18,32	-12,12	-15,03
25.Du maximum à facturer				
a) MAF social	6,78	-0,68	-5,86	-1,29
b) MAF fiscal	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
Total maximum à facturer	7,27	-0,37	-5,67	-1,23

(1) Décembre 2010 = (12 mois 2010) / (12 mois 2009)

(2) Mars 2011 = (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) / (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009)

(3) Juin 2011 = (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) / (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009)

(4) Septembre 2011 = (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) / (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Décembre 2010 (1)	Mars 2011 (2)	Juin 2011 (3)	Septembre 2011 (4)
26. Patients chroniques	6,41	2,32	2,49	2,58
27. Soins palliatifs	3,07	3,17	5,79	3,30
28. Soins palliatifs (patient)	5,07	3,48	3,14	2,13
29. Matériel corporel humain	-3,60	-4,09	-3,68	-17,95
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	10,92	4,50	0,79	0,19
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-8,98	11,81	7,24	15,08
b) COMA	-1,62	-2,61	-2,62	-3,76
c) Projets thérapeutiques	-29,37	-15,16	4,16	-4,80
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-16,34	-4,69	2,63	0,41
32. Internés	37,45	-8,16	-24,60	0,27
33. Sevrage tabac	1.122,00	329,34	137,46	71,16
34. Circuit de soins psychiatriques	-3,08	5,40	-11,77	-10,14
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	343,79	116,85	-18,39	-12,84
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	11,23	10,70	12,06	16,27
39. SM/SLA/Huntington	78,92	37,90	56,57	32,93
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	31,89	59,45	33,64	43,49
Total général	3,16	3,33	4,00	4,81

(1) Décembre 2010 = (12 mois 2010) / (12 mois 2009)

(2) Mars 2011 = (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) / (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009)

(3) Juin 2011 = (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) / (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009)

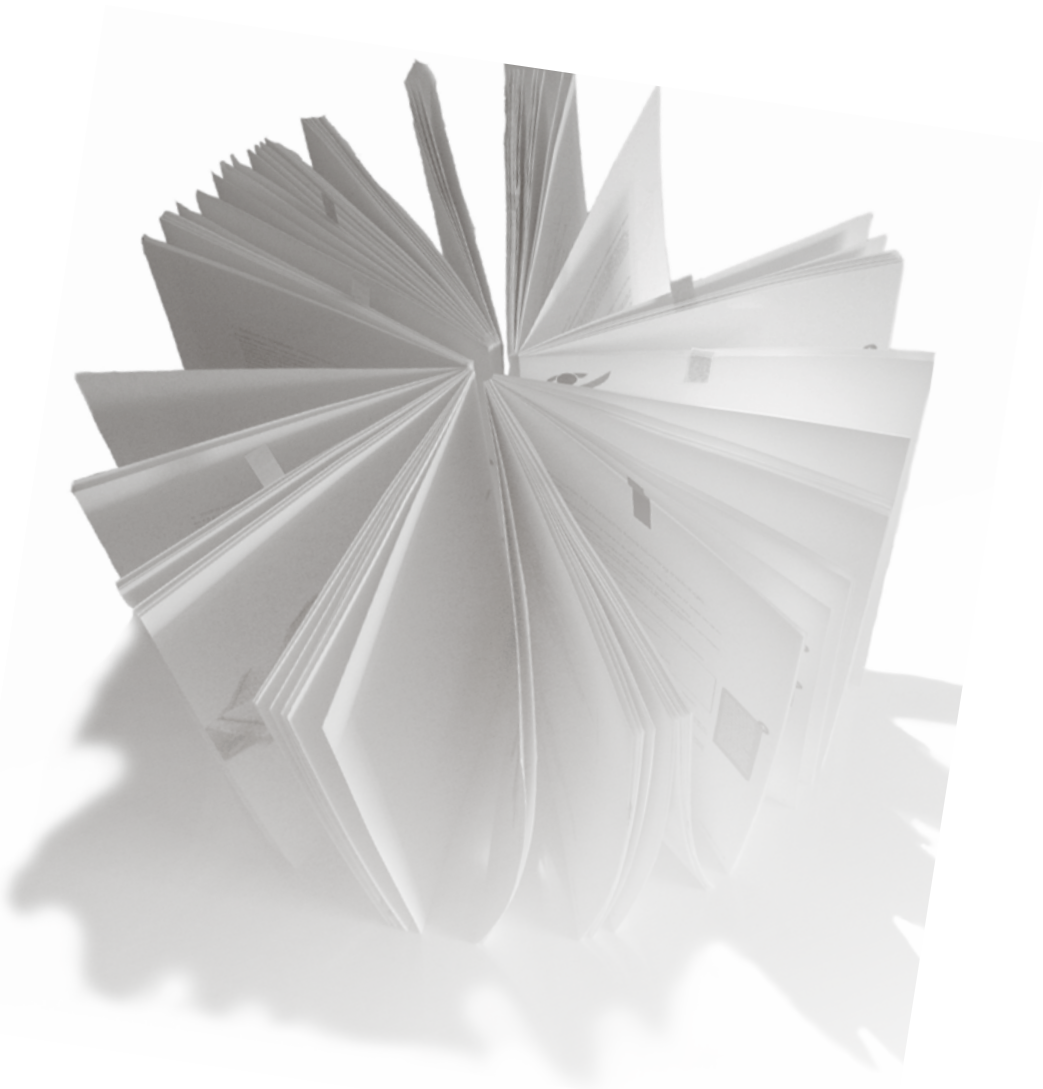
(4) Septembre 2011 = (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) / (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009)

II. Évolution du nombre de dispensateurs de soins au 31 décembre

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Médecins							
- Médecins de médecine générale	18 216	18 027	17 933	17 908	17 985	18 026	18 070
- Médecins spécialistes	23 960	24 399	24 906	25 304	25 710	22 768	26 995
Pharmaciens	11 882	12 109	12 305	12 602	12 892	13 199	13 546
Dentistes	8 655	8 714	8 643	8 668	8 681	8 822	8 880
Accoucheuses	5 300	5 467	5 505	5 592	5 640	5 897	6 203
Infirmières	64 191	65 952	62 700	64 756	67 374	68 160	70 828
Kinésithérapeutes	24 958	25 406	25 693	26 124	26 518	27 059	27 672
Logopèdes	4 252	4 148	4 465	4 856	5 225	5 671	6 140
Orthoptistes	89	94	93	100	104	107	109
Orthopédistes	434	454	475	482	504	514	552
Bandagistes	7 533	7 786	7 918	8 039	8 278	8 411	8 511
Bandagistes (implants)	888	906	920	930	961	1 008	1 020
Opticiens	3 326	3 255	3 263	3 320	3 374	3 457	3 530
Audiciens	1 085	1 107	1 137	1 177	692	773	847
Pharmaciens-biologistes	593	598	595	603	609	616	623

7^e Partie

Bibliographie



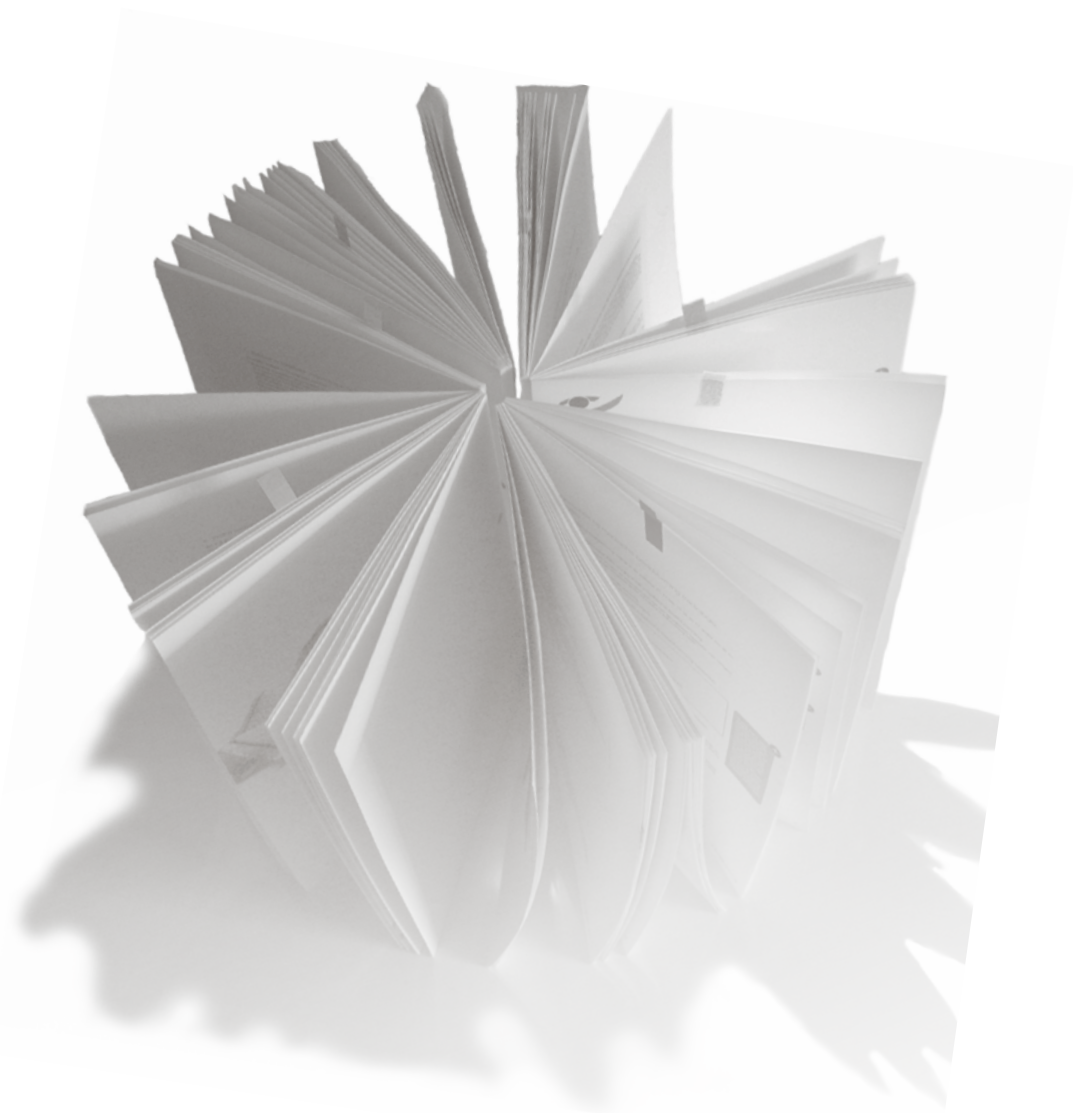
Vade Mecum des données financières et statistiques de la protection sociale en Belgique – Édition 2012¹

La sécurité sociale subit sans cesse des modifications. Certaines ont pour but d'accroître le bien-être des citoyens tandis que d'autres visent avant tout la pérennité financière du régime. Il s'ensuit une évolution rapide qui peut être examinée sous différents angles. Mais comment la montrer mieux que par des chiffres? Les recettes, les dépenses, le nombre de personnes cotisantes ou bénéficiaires constituent une mesure de la dimension des dispositifs de protection sociale mis en place et donc, en quelque sorte, une image de ceux-ci. L'évolution de ces données est alors le reflet de différents mouvements engendrés par trois types de forces : les changements apportés par le législateur afin de modifier les contours des différents dispositifs, les forces à l'intérieur de ceux-ci, résultant par exemple des variations dans la structure d'âge des bénéficiaires, et l'influence de facteurs externes comme l'environnement économique. Les chiffres sont le miroir de l'évolution du système dont ils sont extraits. L'objectif de cette publication est de montrer quelques images choisies parmi toutes celles qui peuvent refléter le paysage social belge, de façon à constituer un tableau panoramique portable (d'où le nom "Vade Mecum") de la protection sociale en Belgique. Elle est destinée non seulement aux sphères politiques et intellectuelles du pays, mais aussi à toute personne intéressée par le sujet et en quête d'informations globales ou ciblées sur un secteur.

1. Dans un souci de développement durable et compte tenu des possibilités médiatiques modernes, le Vade Mecum des données financières et statistiques de la protection sociale en Belgique vous est fourni sous forme électronique. La nouvelle édition du Vade Mecum – période 2006-2012 – est dès à présent disponible sur la page web <http://socialsecurity.fgov.be/fr/nieuws-publicaties/publicaties/publicaties.htm> où elle peut être consultée et téléchargée gratuitement.

8^e Partie

Prix des publications



Publications de l'INAMI et tarifs pour 2012 (en EUR)

1. Bulletin d'information

Revue: paraît 4 fois par an 30,00



Le bulletin d'information est aussi disponible sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be,
rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

2. Textes coordonnés SSI

L'ensemble des textes coordonnés est disponible sur un CD-rom 3,00
À chaque mise à jour, une nouvelle version adaptée est disponible 3,00

a. Loi du 14 juillet 1994

Brochure 31,00
Mises à jour 2012 15,00
Texte de base¹ + mises à jour 2012 Feuilles interchangeables .. 46,00

b. Arrêté royal du 3 juillet 1996

Brochure 9,00
Mises à jour 2012 10,00
Texte de base¹ + mises à jour 2012 Feuilles interchangeables .. 19,00

c. Indemnités (règlement et arrêtés d'exécution)

Brochure 4,00
Mises à jour 2012 6,00
Texte de base¹ + mises à jour 2012 Feuilles interchangeables .. 10,00

d. Prestations de santé (règlement)

Brochure 8,00
Mises à jour 2012 7,00
Texte de base¹ + mises à jour 2012 Feuilles interchangeables .. 15,00

1. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

e. Prestations de santé (arrêtés d'exécution)

Brochure	34,00
Mises à jour 2012	15,00
Texte de base ² + mises à jour 2012	Feuilles interchangeables ... 49,00

f. Divers arrêtés royaux (e.a. indemnités indépendants, contrôle, contentieux)

Brochure	5,00
Mises à jour 2012	6,00
Texte de base ² + mises à jour 2012	Feuilles interchangeables ... 11,00

g. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de a à f inclus)

Texte de base ² + mises à jour 2012	Feuilles interchangeables . 145,00
Mises à jour 2012	35,00

h. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de c à e inclus)

Texte de base ² + mises à jour 2012	Feuilles interchangeables ... 72,00
Mises à jour 2012	26,00



Une base de données de réglementation (Docleg) est également consultable sur le site internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Réglementation.

Sous la même rubrique, un certain nombre de textes réglementaires sont également disponibles au format PDF :

- loi du 14 juillet 1994
- arrêté royal du 3 juillet 1996
- règlement des soins de santé du 28 juillet 2003
- règlement des indemnités du 16 avril 1997.

3. Nomenclature des prestations de santé

a. Texte de la nomenclature

Texte de base ² + mises à jour 2012	Feuilles interchangeables .. 60,00
Mises à jour 2012	40,00

b. Règles interprétatives de la nomenclature

Texte de base ² + mises à jour 2012	Feuilles interchangeables .. 45,00
Mises à jour 2012	8,00



Le texte de la nomenclature et les règles interprétatives sont aussi disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Nomenclature des prestations de santé.

2. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

4. Information technique

a. Circulaires aux organismes assureurs

Circulaires par lesquelles l'INAMI communique ses instructions aux O.A.

La feuille	0,12
Abonnement ³	Provision de 50,00
Index 1964-2010	Brochure 20,00
CD-Rom	5,00

b. Répertoire de jurisprudence

Répertoire de jurisprudence de l'assurance obligatoire SSI

Texte de base ⁴ + mises à jour 2012	Feuilles interchangeables .. 48,00
Mises à jour 2012	gratuit

5. Rapport annuel, brochures, dépliants, livres

a. Rapport annuel INAMI gratuit

b. L'INAMI sous la loupe - Rôle, partenaires et ambition

Brochure gratuit

c. L'INAMI - Comment, pourquoi, pour qui ?

Dépliant gratuit

d. Fonds spécial de solidarité

Dépliant gratuit

e. Répertoire des Unions nationales de mutualités et des Mutualités de Belgique (assurance obligatoire SSI)

Édition de juillet 2010 gratuit

f. Liste des offices de tarification agréés gratuit

g. L'évolution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire (1945-1970)

Livre de J. Engels (449 pp.) 12,50




Les publications reprises au point 5 (a à d) sont disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.


Les coordonnées des mutualités reprises dans le Répertoire sont également disponibles sur le site Internet, rubrique Citoyen > Mutualités > Contactez les mutualités.

3. Le prix exact de l'abonnement sera déterminé lors de la parution de la dernière circulaire de l'année 2012.

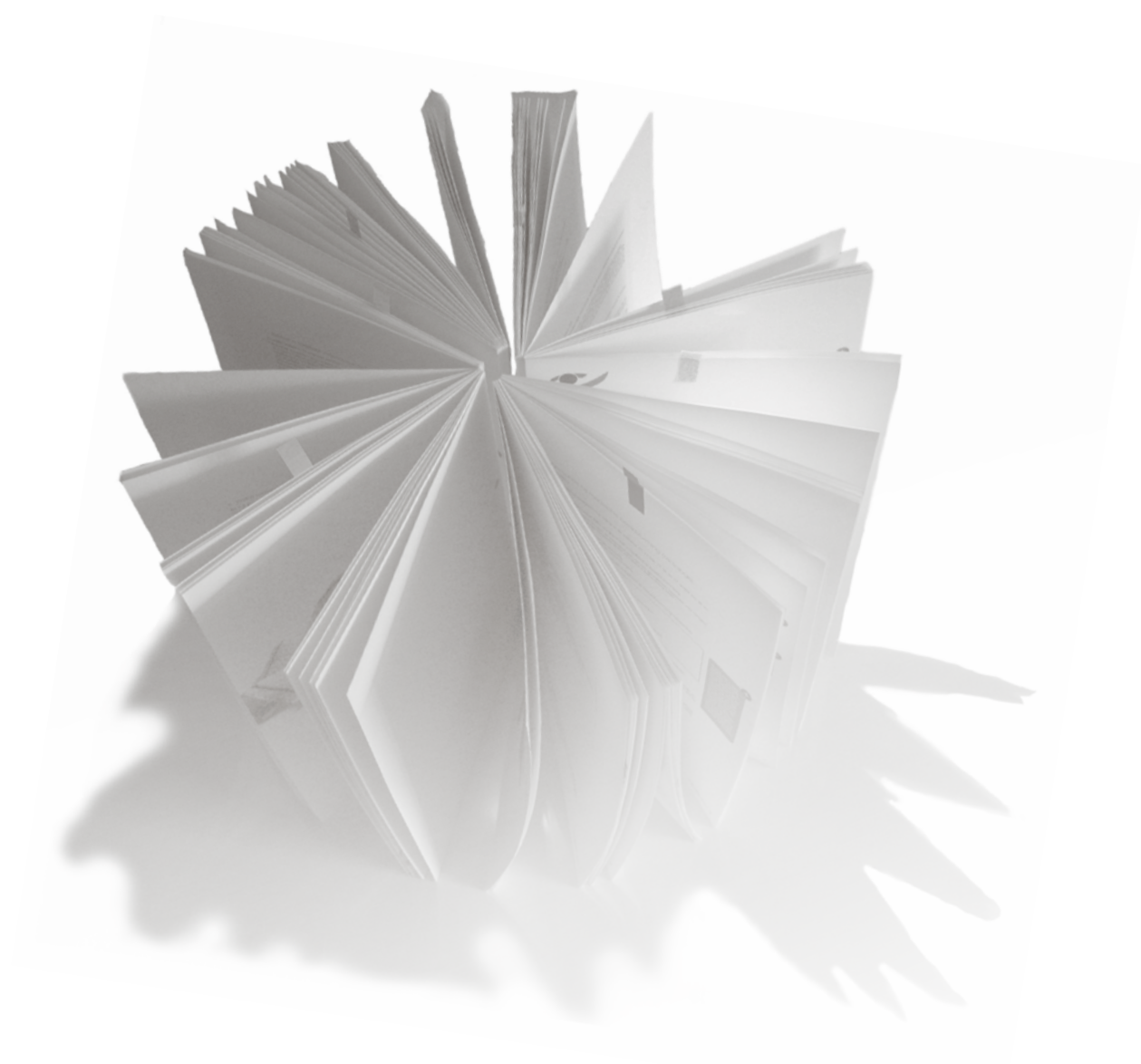
4. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

 Pour obtenir des renseignements ou retirer les publications suivantes, veuillez vous adresser à :

Publication	Contact
1, 2, 3, 4 et 5.e	Service abonnements tél. 02/739 72 32, e-mail : abonnee@inami.fgov.be
5.a, b et c	Cellule communication tél. 02/739 72 10, e-mail : communication@inami.fgov.be
5.d	Service des soins de santé tél. 02/739 77 77, e-mail : fonds-solidarite@inami.fgov.be
5.f	Service des soins de santé tél. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail : daniel.vandenbergh@inami.fgov.be
5.g	Service de documentation tél. 02/739 70 91, e-mail : bib@inami.fgov.be

 Les publications payantes peuvent être obtenues contre virement au IBAN : BE 84 6790 2621 5359 - BIC : PCHQ BEBB) de l'INAMI, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles, en indiquant en communication la dénomination de la publication souhaitée.

Sommaire de l'année 2011



1^{re} Partie - Études¹

L'étranger en qualité de titulaire dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, par P. Breyne	6
L'obligation de cotisations dans le cadre de l'assurance soins de santé, par E. Provoost	154
Assurance maladie des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants : indemnités – évolution 2006-2011, par L. Verbruggen et W. Vandamme	282
L'accréditation, par M.-F. Van Impe	412

2^e Partie - Évolution de la législation

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

• 4 ^e trimestre 2010	56
• 1 ^{er} trimestre 2011	164
• 2 ^e trimestre 2011	310
• 3 ^e trimestre 2011	442

3^e Partie - Jurisprudence

Cour constitutionnelle

Cour constitutionnelle, arrêt n° 51/2011 du 6 avril 2011 Code civil, article 2277 <i>bis</i> Loi du 14 juillet 1994, article 174 Etablissements de soins – Action menée à l'encontre d'un patient – Prescription – Interruption – Pas de différence de traitement – Action organismes assureurs	85
--	----

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
---	-----

Conseil d'État

Conseil d'État, section contentieux administratif, arrêt n° 209.282 du 29 novembre 2010 Code judiciaire, articles 2, 828 et suivants Loi du 14 juillet 1994, article 145 Evaluation et contrôle médical – Chambre de recours – Mode de présentation des membres – Fonction juridictionnelle – Impartialité	74
---	----

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

Conseil d'État, section contentieux administratif, arrêt n° 211.299 du 16 février 2011 Code judiciaire, article 828 Loi du 14 juillet 1994, articles 142-143, 146 et 154-155 Evaluation et contrôle médical – Chambre de recours – Médecins conseils – Impartialité – Fonction juridictionnelle	76
Conseil d'État, arrêt n° 211.893 du 10 mars 2011 Loi du 14 juillet 1994, article 56 ^{ter} Montants de référence – Décision de l'INAMI – Recours administratif Comité de l'assurance – Irrecevabilité du recours	85
Conseil d'État, arrêt n° 214.501 du 7 juillet 2011 Loi du 14 juillet 1994, article 36 ^{duodecies} A.R. du 12 août 2008 Médecins généralistes – Groupements de médecins généralistes – Fonds d'impulsion – Pas de violation du principe d'égalité ni du principe de précaution	322
Cour de cassation	
Cour de Cassation du 14 février 2011 Code judiciaire, article 1138, 2° Principe de l'autonomie des parties - Interdiction de statuer ultra petita – Ordre public	90
Cour de Cassation 16 mai 2011 Loi du 14 juillet 1994, articles 136, § 2, alinéas 4 et 6 et 170, e) Non respect de l'obligation d'avertir – Responsabilité civile - Subrogation – Récupération	324
Cour du travail	
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
Cour du travail d'Anvers, section d'Anvers, 8 mars 2011 Code judiciaire, article 1022 – A.R. du 3 juillet 1996, articles 122, § 3 et 147, § 3 Centre d'hébergement et de soins – Intervention forfaitaire – Contestation des catégories de dépendance – Litige non évaluable en argent – Indemnité de procédure	94
Cour du travail de Liège, 10 mars 2011 Loi du 14 juillet 1994, article 100 Incapacité de travail – État antérieur – Aggravation des lésions – Groupe de professions	92
Cour du travail d'Anvers, section de Hasselt, 3 juin 2011 Constitution, article 159 Loi du 14 juillet 1994, article 69, § 4 Financement de maisons de repos pour personnes âgées – Disposition modificative – Légalité des actes administratifs – Intérêt général – Mesure budgétaire – Pas de violation	332

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
Cour du travail de Mons, 13 octobre 2011 Loi du 14 juillet 1994, article 100 Incapacité de travail – Critères – Groupe de professions	325
Cour du travail de Liège, 14 octobre 2011 A.R. du 14 septembre 1984, article 14, d) Nomenclature – By-pass gastrique – Conditions – Âge – D'ordre public	329
Cour du travail de Liège, section de Namur, 20 octobre 2011 Loi du 14 juillet 1994, article 100 Incapacité de travail – Groupe de professions – Exclusion des travaux lourds	327
Cour du travail de Bruxelles, 5 janvier 2012 Code judiciaire, article 772 – Réouverture des débats Article 191, 1 ^{er} , 15 ^o alinéa <i>quater</i> , et 15 ^o alinéa <i>quinquies</i> – Cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques Article 107 du Traité sur l'Union européenne - Aide d'État interdite	461
Cour du travail de Bruxelles, 5 janvier 2012 Loi-programme du 2 janvier 2001, articles 57 à 59 – Interventions financières prévues par l'arrêté royal du 1 ^{er} octobre 2002	470
Cour du travail de Gand, section de Bruges, 13 janvier 2012 Article 100 de la loi coordonnée – Décision de fin d'incapacité de travail – Obligation de motivation Code judiciaire, article 1068 – Appel – Autonomie des parties	483
Cour du travail d'Anvers, section d'Hasselt, 19 janvier 2012 Arrêté royal du 3 juillet 1996, articles 142, § 2, et 144 – Convention de rééducation concernant les défibrillateurs cardiaques implantables – Délai d'introduction de la demande d'intervention	477
Cour du travail de Liège, 23 janvier 2012 Code judiciaire, article 972 – Expertise - Opportunité	481
Cour du travail de Mons, 1 ^{er} février 2012 Code civil, article 1315 et Code judiciaire, article 870 – Charge de la preuve Code civil, article 1382 – Responsabilité civile de l'administration dans le cadre de l'accomplissement de ses missions légales	454
Tribunal du travail	
Tribunal du travail de Bruxelles, 13 janvier 2012 MRPA – A.R. du 17 août 2007 – Rétroactivité – Affaires courantes – Responsabilité de l'administration	486
Chronique de jurisprudence du Conseil d'État (1995-2010)	174

4^e Partie - Questions et réponses parlementaires

Maladie de Huntington	
Maladies chroniques – Allocation forfaitaire – Intervention majorée - Maximum à facturer	98
Invalidité	
Politique de réinsertion socioprofessionnelle	100
Assurance indemnités	
Reprise partielle des activités – Traitement différent des travailleurs salariés et Indépendants – Chiffres pour 2009 et 2010	102
Indemnités	
Invalidité par groupe de maladie – Évolution – Explication	204
Médicaments	
Dépenses – Mesures de contrôle	208
Médicaments	
Consommation – Autres pays européens – Mesures de contrôle	210
Indemnités	
Fraude – Action- Pays-Bas – Belgique	213
Médicaments	
Médicaments bon marché – Consommation – Éventuels effets indésirables	219
Médecine générale	
Fonds d'impulsion – Impulseo I, II et III	342
Informatisation des soins de santé	
Carte SIS – Remplacement par la carte d'identité électronique	344
Publicité pour les services médicaux	
Réglementation	346
Lutte contre la fraude	
Mesures	349
Traitement de sevrage tabagique	
Remboursements forfaitaires	494
eHealth	
Echéance de données relatives à la santé – Projet hub et metahub – État de la question	496
Hospitalisation et soins palliatifs	
Evolution des coûts par région	498

5^e Partie - Directives

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

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
Statut social des mandataires locaux non protégés	225
Procédure de régularisation en cas de reprise de travail non autorisée exercé par un titulaire reconnu en incapacité de travail	354

6^e Partie - Données de base

Statuts BIM - Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1 ^{er} , 5 ^o et 6 ^o) à partir des 1 ^{er} mai 2011, 1 ^{er} septembre 2011 et du 1 ^{er} janvier 2012	110, 362 et 503
Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3 ^o al., A.R. du 03.07.1996)	
Résidents, indexation et moyenne annuelle	110 et 506
Personnes à charge – Plafond trimestriel de revenus	112 et 508
Prime de rattrapage après un an d'incapacité de travail	
Régime général et régime indépendant	113
Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2011	
- Calcul du complément de cotisation	113
Adaptation des indemnités à l'indice santé	
Introduction d'une prime de rattrapage après un an d'incapacité de travail	232
Revalorisation des indemnités au 1 ^{er} septembre 2011	362
Modification du tableau IV repris en annexe de la circulaire relative à l'adaptation des prestations à l'indice santé : Allocations de chômage, d'attente et de transition	369
Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224, § 3)	371
Cotisations personnelles à payer par certains titulaires à partir du 1 ^{er} janvier 2012	502
Intervention personnelle du patient en cas d'hospitalisation : Montants à partir du 1 ^{er} janvier 2012	504
Maximum à facturer – Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2012	506
Adaptation des montants maxima des indemnités perçues dans le cadre du volontariat – Modification des tranches de revenus prises en compte dans le cadre d'une reprise de travail autorisée par le médecin-conseil – Modification du tableau III : salaire minimum pour employés catégorie I, fixé par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE)	509

Tarifs et remboursements des prestations de santé	116, 249 et 372
---	-----------------

7^e Partie - Statistiques

Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé :

Année 2010	120
1 ^{er} trimestre 2011	252
1 ^{er} semestre 2011	376
3 ^e trimestre 2011	516

Évolution du nombre de dispensateurs de soins	537
---	-----

8^e Partie - Bibliographie

Évolutions de la sécurité sociale 2006-2011 (Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2006-2011)	142
---	-----

Gezondheidszorg in een notendop (Les soins de santé en bref)	398
--	-----

Vade-mecum des données financières et statistiques de la protection sociale en Belgique - Édition 2012	540
--	-----

9^e Partie - Prix des publications

Publications de l'INAMI et tarifs pour 2011 et 2012	144, 274, 400 et 542
---	----------------------

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
Mme Marie de Ghellinck
M. Luc Maroy
M. Paul-André Briffeuil
Mme Isabelle Daumerie
Mme Florence Garet
Mme Christel Heymans
Mme Linda Maesen
Mme Muriel Marcq
Mme Liesbeth Verbruggen
Mme Sylvie Willemsens

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Service des abonnements

4 numéros par an - 30 EUR
IBAN : BE 84 6790 2621 5359
BIC : PCHQ BEBB
Tél. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@inami.fgov.be

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726