

Sommaire

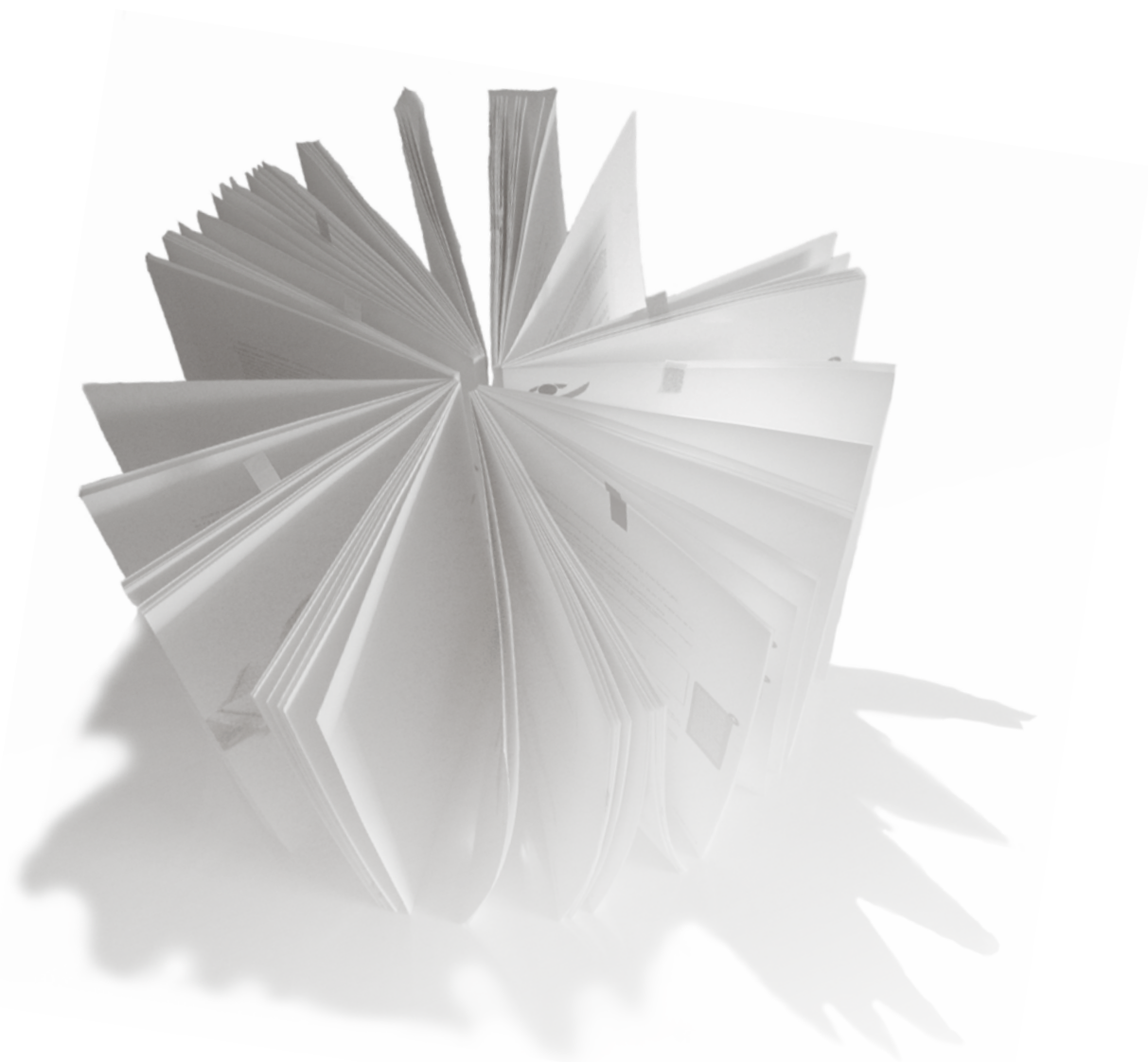
1 ^{re} Partie - Études ¹	3
Chronique de la jurisprudence du Conseil d'État (1995 – 2010), Par Inge MEYERS et Paul-André BRIFFEUIL	4
2 ^e Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	45
4 ^e trimestre 2011	46
3 ^e Partie - Jurisprudence	61
I. Conseil d'État, section du contentieux administratif, 8 mars 2012 Procédure en Cassation contre une décision de la Chambre de recours instituée auprès du SECM	62
II. Cour du travail de Mons, 9 février 2012 Règlement C.E.E. 1408/71, article 22 - Suisse - Loi du 30 janvier 2002	65
III. Cour du travail de Mons, 2 février 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 174, alinéa 1 ^{er} , 5 ^o et alinéa 3 - Prescription quinquennale en cas de manœuvres frauduleuses - Délai raisonnable - Suspension du cours des intérêts	67
IV. Cour du travail de Bruxelles, 10 février 2012 Loi du 14 juillet 1994, article 55 <i>bis</i> - A.R. du 2 août 2002 - Plan social kinés - Non rétroactivité des lois et arrêtés - Article 23 de la Constitution - Principe de légitime confiance	71
4 ^e Partie - Questions et réponses parlementaires	77
I. Maison médicale Avantages	78
II. Carte d'identité sociale Coparenté - Attestation d'assuré social	82
III. Accompagnement au sevrage tabagique	83

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

IV. Personnes âgées	
Politique de santé - Secteur résidentiel - Lits de maison de repos	85
V. Soins palliatifs	
Approche	88
5 ^e Partie - Données de base	91
I. Adaptation des indemnités à l'indice santé	92
1. Régime général	92
2. Régime des travailleurs indépendants	104
6 ^e Partie - Statistiques	111
Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 2011	112
7 ^e Partie - Prix des publications	133
Publications de l'INAMI et tarifs pour 2012	134

1^{re} Partie

Études



I. Chronique de la jurisprudence du Conseil d'État (1995 - 2010)

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

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

Il s'agit des arrêts suivants : C.E., 29.06.1998, n° 74.711, M. ; C.E., 04.10.2001, n° 99.489, D. B. ; C.E., 17.01.2002, n° 102.632, D. J. ; C.E., 17.01.2002, n° 102.633, M.

La jurisprudence francophone du Conseil d'État a fait l'objet d'une chronique publiée au B.I. INAMI, 2011/2.

Inge MEYERS, Attaché et Paul-André BRIFFEUIL, Conseiller
Service d'évaluation et de contrôle médicaux
Direction juridique

1. Conseil d'État (10^e ch.), V., arrêt n° 65.295¹ du 18 mars 1997

Réglementation AMI – Violation – Punissable sans intention de tromper ou de frauder / Mesure de la peine – Décision du juge pénal – Intention frauduleuse non prouvée – Autorité *erga omnes*

La loi n'exige pas que la réglementation AMI soit intentionnellement violée. Une personne est punissable dès qu'elle ne respecte pas les dispositions légales et réglementaires de la loi coordonnée. L'interdiction d'intervention de l'assurance peut être imposée en cas d'erreurs purement administratives. Il n'est pas nécessaire de prouver qu'il y ait eu intention de tromper ou de frauder.

Lorsqu'il fixe la peine, le juge disciplinaire ne peut pas prendre en considération des faits dont l'existence est niée par le juge pénal. La décision attaquée repose sur des motifs non acceptables légalement si, pour justifier la mesure de la peine, on s'appuie sur l'existence d'un "système frauduleux" alors que le juge pénal estime que les preuves ne sont pas suffisantes. Cela reviendrait à nier l'autorité *erga omnes* de la décision du juge pénal.

(annulation et renvoi)

1. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 08.12.1993.

2. Conseil d'État (7^e ch.), F., arrêt n° 65.320² du 18 mars 1997

Commission d'appel – Juridiction administrative – Obligation de motivation – Article 97 de la Constitution (art. 149 de la Constitution coordonnée)

En vertu de l'article 97 de la Constitution (actuel art. 149 de la Constitution coordonnée du 17.02.1994), tout jugement doit être motivé. L'obligation juridique de motivation visée dans cette disposition doit aussi être remplie par les juridictions administratives comme la Commission d'appel.

L'obligation de motivation contraint le juge à mentionner de manière claire et univoque les motifs de sa décision et à répondre aux demandes et défenses des parties.

Quand on ne répond pas à un moyen explicitement développé par le requérant, la décision ne satisfait pas à l'obligation de motivation. Si seuls les motifs de la Chambre restreinte sont repris, sans qu'il soit répondu à la défense du requérant, la décision attaquée ne remplit pas non plus l'obligation de motivation susmentionnée.

(annulation et renvoi)

3. Conseil d'État (7^e ch.), M., arrêt n° 74.711³ du 29 juin 1998

Datation erronée d'un courrier entrant – Cas de force majeure – Intérêt

En principe, le requérant doit répondre des erreurs de ses conseils, de leurs mandataires ou de leurs préposés. À cet égard, aucune différence ne peut être faite selon que les erreurs ont été commises par les propres travailleurs ou par les intérimaires auxquels il est fait appel.

La datation erronée d'un courrier entrant dans un cabinet d'avocats ne peut pas être considérée comme un cas de force majeure. Force est de constater l'absence de l'intérêt de la part du requérant.

(La réouverture des débats, sursis à statuer et questions préjudicielles posées à la Cour d'arbitrage)

2. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 16.03.1993.

3. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 18.02.1997 ; Voir Cour d'arbitrage, arrêt n° 94/99 du 15.07.1999 et C.E., 24.11.1999, n° 83.605, M. (rejet).

4. Conseil d'État (7^e ch.), D., arrêt n° 79.230⁴ du 11 mars 1999

Arrêté royal du 14 septembre 1984 – Projet d'arrêté réglementaire – Avis du Conseil d'État – Section législation – Extrême urgence / Commission d'appel – Juridiction administrative – Article 159 de la Constitution coordonnée – Contrôle de la légalité / Dispensateur de soins – Bonne foi / Conseil d'État – Compétence – Niveau de la peine – Peine disproportionnée à la faute / Nomenclature – Interprétation

L'article 18 de la loi ordinaire de réformes institutionnelles du 9 août 1980 stipule que "hors les cas d'urgence spécialement motivés", le texte de tous les projets d'arrêtés réglementaires doit être soumis à l'avis motivé de la section de législation.

Selon l'article 159 de la Constitution coordonnée (ancien art. 107 de la Constitution), tout organe juridictionnel a le pouvoir et l'obligation de vérifier la légalité des arrêtés qu'il applique. Lorsqu'une juridiction exerce sa compétence de refuser l'application de règlements illégaux, elle ne peut pas juger à la place de l'autorité politique responsable si un arrêté doit être pris "en extrême urgence", à savoir sans l'avis de la section législation.

Par ailleurs, la juridiction est tenue de vérifier si lorsque l'autorité compétente a invoqué l'extrême urgence, elle a utilisé la disposition de l'article 3, § 1^{er}, des lois coordonnées dans sa juste portée. Cela signifie qu'elle doit vérifier si quand l'autorité a qualifié "d'extrêmement urgentes" les circonstances de cette affaire, elle n'a pas modifié le sens de ce concept et, le cas échéant, méconnu la qualification juridique que le législateur lui a conféré.

Les circonstances spécifiques à l'affaire qui justifient la nécessité impérieuse de ne pas demander l'avis de la section législative doivent être mentionnées dans la motivation particulière. La raison pour laquelle il n'était plus possible de demander un avis dans les trois jours maximum comme le prévoit l'article 84 des lois coordonnées sur le Conseil d'État ne doit pas ressortir de la motivation particulière. L'article 84 règle l'organisation de la section législation et n'implique aucune obligation de demander un avis d'urgence dans certains cas.

La nécessité impérieuse de ne pas consulter la section législation du Conseil d'État est motivée comme suit dans le préambule de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 : "Considérant qu'un fonctionnement efficace de l'Administration de l'État nécessite que les numéros d'ordre désignant les prestations de santé dans la nomenclature soient publiés au plus tôt afin d'en permettre l'utilisation au 1^{er} janvier 1985".

Les pouvoirs publics ont donc affirmé que pour le bon fonctionnement de l'administration, il était indispensable que les nouveaux numéros de nomenclature qui devaient être utilisés à partir du 1^{er} janvier 1985 soient publiés sans délai.

Cette motivation n'est pas une simple formule de style ou une motivation purement formelle comme le requérant le prétend. Le délai de plus de trois mois qui était jugé nécessaire pour préparer l'application du nouvel arrêté n'est pas déraisonnable si on tient compte du fait que la nomenclature précédente était remplacée dans son intégralité et qu'un nouveau code était attribué à toutes les prestations de santé. Cette opération concernait des milliers de dispensateurs de soins qui devaient avoir le temps de prendre les mesures nécessaires pour pouvoir appliquer les nouveaux numéros de nomenclature au 1^{er} janvier 1985.

4. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 25.07.1995.

Il découle de tout cela que le ministre a pu estimer à juste titre qu'il était nécessaire de publier la nouvelle réglementation plus de trois mois avant son entrée en vigueur.

Le ministre compétent n'a pas outrepassé son pouvoir d'appréciation en estimant que cet arrêté était devenu tellement urgent qu'il ne restait plus de temps pour demander l'avis de la section législation du Conseil d'État.

L'exception déduite de la non-consultation de la section législation, a donc été rejetée à raison par la Commission d'appel.

Le fait que le requérant pratique depuis plus de 30 ans sans avoir jamais dû comparaître devant la Chambre restreinte ne peut pas excuser l'application erronée de la nomenclature. La bonne foi du dispensateur de soins n'exclut pas la possibilité d'infliger une sanction.

Il ne revient pas au Conseil d'État de formuler un avis sur le niveau de la peine à la place de la Commission d'appel. Le Conseil peut uniquement vérifier si une sanction peut être infligée pour les faits pris en considération et si cette sanction n'est pas disproportionnée aux faits. Il peut être conclu au manque de proportion entre la peine et la faute uniquement s'il est raisonnablement inconcevable que ces fautes donnent lieu à une telle sanction.

Si la manière d'attester correctement n'était pas assez claire aux yeux de l'intéressé, il aurait dû demander des éclaircissements à l'INAMI. Quoi qu'il en soit, il n'était pas autorisé à attester la prestation sur la base de sa propre interprétation de la nomenclature.

(rejet)

5. Conseil d'État (7^e ch.), R., arrêt n° 81.398⁵ du 28 juin 1999

Absence du conseil pour cause de maladie – Demande de report / Requête non motivée – Recevabilité de l'appel / Débat contradictoire – Droits de la défense

Le requérant demande par la voix de son avocat un report de l'audience de la Commission d'appel en raison de l'absence pour cause de maladie de son conseil de l'époque, M^e H. (qui était le *dominus litis*). Il a produit un certificat médical daté du 24 septembre 1994 pour attester la maladie.

La Commission d'appel a toutefois constaté que la requête en appel contre la décision de la Chambre restreinte n'était pas motivée comme le demande l'article 249, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 9 novembre 1963.

Selon la feuille d'audience, la Commission ne voulait pas accorder de report et a retenu l'affaire pour ensuite conclure à l'irrecevabilité de l'appel.

Ce faisant, la Commission s'est prononcée sur l'irrecevabilité sans permettre un débat contradictoire. Elle a ainsi privé le conseil du requérant de la possibilité de plaider la recevabilité de l'appel.

En outre, la Commission d'appel n'a nullement motivé pourquoi elle ne pouvait pas accéder à la demande de report.

La Commission d'appel a donc violé les droits de la défense du requérant.

(annulation et renvoi)

5. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 22.11.1994.

6. Conseil d'État (7^e ch.), D.B., arrêt n° 99.489⁶ du 4 octobre 2001

Article 142 de la loi coordonnée – Mentions obligatoires dans la décision / Conseil d'État – Question préjudicielle – Obligation

Ni l'article 18 de l'arrêté royal du 12 décembre 1990 déterminant l'organisation de la Commission de contrôle et de la Commission d'appel instituées par l'article 79*bis* de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ni aucune autre disposition ne prescrit que dans sa décision, la Commission d'appel doit indiquer que l'avis des membres n'ayant pas le droit de vote a été entendu ou que la décision a été prise à l'unanimité.

Le requérant devant la Commission d'appel invoque la violation des anciens articles 6 et 6*bis* de la Constitution par l'article 90*bis* de la loi du 9 août 1963, à propos de laquelle il demande qu'une question préjudicielle soit posée à la Cour d'arbitrage.

La violation invoquée du principe constitutionnel d'égalité est en résumé la suivante : le législateur a violé ce principe en imposant une sanction particulière, plus précisément l'interdiction du régime du tiers payant. Cette sanction touche uniquement les médecins qui effectuent des prestations soumises au régime du tiers payant.

Si une question relative à la violation par une loi des articles 10 et 11 de la Constitution est posée devant le Conseil d'État, le Conseil d'État doit, en vertu de l'article 26, § 1^{er}, 3^o, et § 2, alinéa 1^{er}, de la loi spéciale sur la Cour d'arbitrage du 6 janvier 1989, demander à la Cour d'arbitrage de statuer sur cette question.

Le Conseil d'État est dispensé de cette obligation uniquement si l'action n'est pas recevable pour des raisons de procédure découlant de normes qui ne constituent pas elles-mêmes l'objet de la demande de question préjudicielle ou si le règlement de ce litige ne peut pas être influencé par la réponse de la Cour d'arbitrage.

Contrairement à la Commission d'appel, le Conseil d'État n'est pas dispensé de l'obligation de consulter la Cour d'arbitrage si cette juridiction a déjà statué sur un recours ayant un objet identique.

(réouverture des débats et questions préjudicielles posées à la Cour d'arbitrage)

6. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 22.12.1993. Voir : Cour d'arbitrage, arrêt n° 94/2002, 05.06.2002 et C.E., 24.04.2003, n° 118.636, D. B. (désistement d'instance).

7. Conseil d'État (7^e ch.), N., arrêt n° 101.249⁷ du 29 novembre 2001

Commission d'appel – Juridiction administrative / Article 779 du Code judiciaire – Modification de la composition – Reprise *ab initio* de l'affaire – Feuille d'audience

La Commission d'appel est une juridiction administrative.

Les droits des parties qui comparaissent devant un organe juridictionnel sont pleinement respectés uniquement si la composition de cet organe n'est pas modifiée pendant le déroulement de l'affaire.

Pour les juridictions de l'ordre judiciaire, ce principe est exprimé à l'article 779 du Code judiciaire. Cet article stipule que les juges qui rendent le jugement doivent avoir assisté à toutes les audiences de la cause, le tout à peine de nullité.

Cela signifie que si pendant la procédure, il est nécessaire de modifier la composition de la juridiction, le traitement de l'affaire dans son intégralité doit effectivement être recommencé *ab initio*.

Avec la Cour de cassation (arrêt du 30.05.1995, Arr. Cass. 1995, 534), le Conseil d'État constate qu'aucune disposition légale n'exige qu'après modification de la composition de la juridiction, il soit explicitement mentionné sur la feuille d'audience que l'affaire doit être reprise dans son intégralité. Les pièces de la procédure peuvent aussi démontrer une telle reprise.

Par conséquent, le fait que sur la feuille de l'audience du 20 février 1996, il ne soit pas explicitement indiqué que l'affaire a été reprise *ab initio*, n'exclut nullement qu'il puisse ressortir d'autres mentions sur la feuille ou qu'il puisse apparaître d'une autre façon que l'affaire a effectivement été entièrement rejugée.

(réouverture des débats)

8. Conseil d'État (7^e ch.), C. - D., arrêt n° 102.581⁸ du 17 janvier 2002

Exigences de forme – Validité juridique / Délai raisonnable – Double instance et mesure d'instruction complémentaire – Commission d'appel – Juridiction administrative – Obligation de motivation – La loi du 29 juillet 1991 ne s'applique pas / Pouvoir d'appréciation du Conseil d'État – Juge de cassation

Une irrégularité concernant la notification ne porte atteinte ni à la validité juridique ni à la régularité de la décision.

Les décisions de la Commission d'appel sont prises à la majorité des voix. Aucune disposition ne prescrit toutefois que la décision doit mentionner qu'elle a été prise à la majorité des voix.

7. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 26.03.1996 ; voir : C.E., 27.02.2003, n° 116.560, N. (annulation).

8. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 21.08.1998 et contre la décision du médecin-inspecteur général du 24.08.1998.

La Commission d'appel pouvait imposer une interdiction du régime du tiers payant. Aucune disposition ne prescrit cependant que la Commission doit aussi fixer elle-même la date à laquelle l'interdiction de l'intervention de l'assurance prend cours.

La Commission d'appel instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI est un organe juridictionnel qui, sous peine de déni de justice, doit se prononcer sur l'appel interjeté auprès de lui.

Même un retard non justifié en ce qui concerne le prononcé ne peut pas libérer la Commission d'appel de l'obligation légale de se prononcer sur l'appel interjeté auprès d'elle.

Un délai de trois ans depuis le renvoi de l'affaire à la Chambre restreinte n'est *in casu* pas déraisonnable, compte tenu en particulier de la double instance et de l'exécution d'une mesure d'instruction complémentaire pendant la procédure d'appel.

Au vu des nombreux actes d'enquête qui ont pris du temps, on peut difficilement soutenir que la durée de l'enquête complémentaire est exagérément ou déraisonnablement longue. En outre, comme la requérante a elle-même demandé l'enquête complémentaire, elle est au moins coresponsable du prétendu dépassement du délai raisonnable. Il n'apparaît donc pas que la procédure a subi un retard injustifié ou déraisonnable.

La Commission d'appel est une juridiction administrative. La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ne lui est pas applicable.

En tant que juge de cassation administrative, le Conseil d'État ne peut pas se mettre à la place de la Commission d'appel en ce qui concerne la constatation des faits.

(rejet)

9. Conseil d'État (7^e ch.), D. J., arrêt n° 102.632⁹ du 17 janvier 2002

Article 174, 6°, de la loi coordonnée – Champ d'application / Question préjudicielle / Irrecevabilité d'un nouveau moyen / Indépendance et impartialité

L'article 174, 6°, de la loi coordonnée règle uniquement les relations entre l'organisme assureur et son assuré. L'action du Service n'est pas soumise au délai de prescription qui y est fixé.

Si une question sur la violation par une loi des articles 10 et 11 de la Constitution est soulevée devant le Conseil d'État, le Conseil d'État doit, en vertu de l'article 26, § 1^{er}, 3° et § 2, alinéa premier de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage, demander à la Cour d'arbitrage de statuer sur cette question.

Le Conseil d'État est dispensé de cette obligation uniquement si l'action n'est pas recevable pour des raisons de procédure découlant de normes qui ne constituent pas elles-mêmes l'objet de la demande de question préjudicielle ou si le règlement de ce litige ne peut pas être influencé par la réponse de la Cour d'arbitrage.

9. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 23.12.1997; voir C.E. 28.12.2003, n° 126.554, D. J. (rejet).

Il ne revient pas au Conseil d'État d'agir à la place de la Cour d'arbitrage en vérifiant s'il est effectivement question d'un traitement inégal de situations identiques.

La compétence d'une juridiction administrative touche à l'ordre public. Un moyen à ce sujet est donc recevable, même si l'exception en question n'a pas été soumise au juge du fond au préalable.

Via l'article 142, § 2, de la loi coordonnée, le législateur a donné à la Commission d'appel la compétence de prendre connaissance des appels interjetés contre les décisions de la Commission de contrôle et de se prononcer à leur sujet.

L'article 6 de la CEDH garantit l'accès à une instance judiciaire indépendante et impartiale en cas de contestation sur un droit civil. La Commission d'appel est un organe juridictionnel que le législateur a voulu indépendant de l'INAMI. La Commission se compose de deux magistrats ayant le droit de vote, de quatre médecins désignés par les organisations représentatives de médecins et de quatre médecins désignés par les organismes assureurs, qui ont uniquement voix consultative.

Le Service du contrôle médical est entendu en ses moyens à l'audience. Il n'est toutefois pas représenté à la Commission et ne participe nullement aux délibérations de la Commission d'appel. La Commission d'appel ne doit pas justifier ses décisions à l'INAMI. Elle répond donc aux exigences requises pour être une instance judiciaire indépendante et impartiale.

Si la question préjudicielle suggérée concerne un sujet qui touche à l'ordre public, et que les intérêts d'aucune des parties ne sont violés par la reformulation de cette question dans le dernier mémoire, il existe un motif pour soumettre à la Cour d'arbitrage la question visée dans le dernier mémoire.

(réouverture des débats et questions préjudicielles posées à la Cour d'arbitrage)

10. Conseil d'État (7^e ch.), M., arrêt n° 102.633¹⁰ du 17 janvier 2002

Recevabilité d'un nouveau moyen / Indépendance et impartialité / Question préjudicielle

La compétence d'une juridiction administrative touche à l'ordre public. Un moyen à ce sujet est donc recevable, même si l'exception en question n'a pas été soumise au juge du fond au préalable.

Via l'article 142, § 2, de la loi coordonnée, le législateur a donné à la Commission d'appel la compétence de prendre connaissance des appels interjetés contre les décisions de la Commission de contrôle et de se prononcer à leur sujet.

L'article 6 de la CEDH garantit l'accès à une instance judiciaire indépendante et impartiale en cas de contestation sur un droit civil. La Commission d'appel est un organe juridictionnel que le législateur a voulu indépendant de l'INAMI. La Commission se compose de deux magistrats ayant le droit de vote, de quatre médecins désignés par les organisations représentatives de médecins et de quatre médecins désignés par les organismes assureurs, qui ont uniquement voix consultative.

10. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 06.04.1998 ; voir Conseil d'État, 18.12.2003, n° 126.553, M. C. (rejet).

Le Service du contrôle médical est entendu en ses moyens à l'audience. Il n'est toutefois pas représenté à la Commission et ne participe nullement aux délibérations de la Commission d'appel. La Commission d'appel ne doit pas justifier ses décisions à l'INAMI. Elle répond donc aux exigences requises pour être une instance judiciaire indépendante et impartiale. Cela n'est modifié en rien par le fait que l'avis d'une instance comparable à l'auditorat du travail n'a pas été demandé au cours de la procédure en question.

Si une question sur la violation par une loi des articles 10 et 11 de la Constitution est soulevée devant le Conseil d'État, le Conseil d'État doit, en vertu de l'article 26, § 1^{er}, 3^o et § 2, alinéa premier de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage, demander à la Cour d'arbitrage de statuer sur cette question.

Le Conseil d'État est dispensé de cette obligation uniquement si l'action n'est pas recevable pour des raisons de procédure découlant de normes qui ne constituent pas elles-mêmes l'objet de la demande de question préjudicielle ou si le règlement de ce litige ne peut pas être influencé par la réponse de la Cour d'arbitrage.

Si la question préjudicielle suggérée concerne un sujet qui touche à l'ordre public, et que les intérêts d'aucune des parties ne sont violés par la reformulation de cette question dans le dernier mémoire, il existe un motif pour soumettre à la Cour d'arbitrage la question visée dans le dernier mémoire.

(réouverture des débats et question préjudicielle posée à la Cour d'arbitrage)

11. Conseil d'État (7^e ch.), S., arrêt n° 108.833¹¹ du 4 juillet 2002

Renonciation à un moyen de procédure – Accord tacite – Pas de renonciation explicite

La renonciation au moyen en question contre la décision prise par la Chambre restreinte en première instance n'a pas été notée sur la feuille d'audience.

On peut s'attendre à ce qu'un acte de procédure d'une telle teneur soit noté sur la feuille d'audience de la Commission d'appel, d'autant plus que ce moyen est crucial pour l'affaire. Le requérant a en effet avancé devant la Commission que les infractions à sa charge résultaient d'un programme informatique au sujet duquel le témoin qu'il avait présenté, mais que la Commission avait refusé, aurait pu fournir les éclaircissements nécessaires.

Un éventuel accord tacite n'implique aucune renonciation explicite.

(annulation et renvoi)

11. [Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 29.08.1997.](#)

12. Conseil d'État (7^e ch.), K., arrêt n° 115.461¹² du 6 février 2003

Mesure d'instruction – Nécessité et pertinence – Pouvoir d'appréciation de la Commission d'appel / Obligation de statuer sous peine de déni de justice / Délai raisonnable / Suspension du prononcé – Procédure pénale

La Commission d'appel juge, dans les limites de sa compétence, de la nécessité et de la pertinence d'une mesure d'instruction. Elle apprécie souverainement la valeur et la force probante des moyens de preuve qui lui ont été transmis et si elle a été suffisamment informée des faits de la cause ou si des mesures d'instruction supplémentaires telles que l'audition de témoins s'imposent.

La Commission d'appel n'a pas outrepassé les limites de son pouvoir d'appréciation en déclinant l'offre de fournir la preuve contraire, en organisant par exemple une audition de témoins. Elle n'a pas non plus fait preuve d'une quelconque partialité.

La Commission d'appel, instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, est un organe investi d'un pouvoir juridictionnel qui doit, sous peine de déni de justice, statuer sur l'appel dont elle a été saisie.

Même un retard non justifié en ce qui concerne le prononcé ne peut libérer la Commission d'appel de l'obligation imposée par la loi de statuer sur l'appel dont elle a été saisie.

Le délai de décision de six semaines est un délai d'ordre et n'est donc pas prescrit sous peine de nullité.

Le requérant peut difficilement se plaindre du fait qu'il a dû attendre la décision pendant une période déraisonnablement longue étant donné qu'il a lui-même insisté auprès de la Commission d'appel pour attendre, avant tout prononcé, le résultat de l'instruction pénale.

Aucune disposition prescrit que la décision de la Commission d'appel doit être prise à la majorité des voix. Le contenu des avis des représentants des organismes assureurs et des associations professionnelles représentatives ne doit pas non plus être précisé.

Aucune disposition légale stipule que la Commission d'appel doit reporter sa décision jusqu'à ce qu'il y ait une décision définitive dans la procédure pénale.

(rejet)

12. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 18.02.1992.

13. Conseil d'État (7^e ch.), N., arrêt n° 116.560¹³ du 27 février 2003

Renonciation au moyen de procédure – Clarté

La renonciation à un moyen de procédure doit être claire. En tant que juridiction administrative, la Commission d'appel ne peut conclure qu'il a été renoncé au moyen de procédure sur la base de la constatation qu'il n'était pas clair si le requérant maintenait encore le moyen.

(annulation et renvoi)

14. Conseil d'État (7^e ch.), H., arrêt n° 116.561¹⁴ du 27 février 2003

Nomenclature – Ne rien ajouter à la réglementation

Si le but était de réserver le numéro de code de nomenclature concerné aux "prestations spéciales", les auteurs de la nomenclature auraient dû le mentionner explicitement au lieu de stipuler que "n'importe quel procédé" entre en ligne de compte.

Il n'est pas démontré que seules les "prestations spéciales" peuvent constituer une "intervention chirurgicale" ou un "traitement chirurgical".

La décision contestée ajoute donc quelque chose à la réglementation lorsqu'elle stipule que l'écartement ou éradication sous le numéro de code de nomenclature concerné doit répondre à l'exigence d'une "prestation spéciale".

(annulation et renvoi)

15. Conseil d'État (7^e ch.), D., arrêt n° 119.724¹⁵ du 22 mai 2003

Irrégularités – Principe d'intention frauduleuse non exigé / Nomenclature / Violation du principe d'égalité – Recevabilité d'un nouveau moyen / Compétence de la Commission d'appel – Pouvoir d'appréciation du Conseil d'État – Juge de cassation

L'article 44 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier permet aux Chambres restreintes et à la Commission d'appel de prononcer une interdiction d'intervention de l'assurance pour les prestations de santé effectuées par une personne ou un établissement "qui ne se conforment pas aux dispositions légales ou réglementaires relatives à l'assurance maladie-invalidité".

13. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 26.03.1996.

14. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 19.04.1994.

15. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 04.07.1989.

La loi n'exige pas que l'INAMI ou les organismes assureurs aient subi des pertes dues aux irrégularités constatées. La disposition légale n'exige pas non plus une intention particulière. L'interdiction d'intervention de l'assurance peut en outre être imposée en cas d'erreurs et de négligences purement administratives. Il ne faut pas qu'il y ait intention frauduleuse pour pouvoir imposer une interdiction d'intervention de l'assurance.

Le fait que les anciennes dispositions de la nomenclature soient dépassées en raison de l'évolution de la science médicale ne change rien à la constatation que la décision contestée a appliqué correctement en droit les dispositions, applicables à l'époque. Les modifications qui ont été invoquées et apportées ultérieurement à la nomenclature n'ont pas d'effet rétroactif. Cela signifie que les sanctions administratives qui ont été infligées avant ces modifications pour des infractions aux dispositions de la nomenclature antérieures ne sont pas levées.

Un requérant qui n'invoque pas la violation du principe d'égalité dans sa requête introduite auprès de la Commission ne peut pas l'invoquer pour la première fois devant le juge de cassation administrative.

Ni le mode de traitement administratif de l'hôpital ni l'organisation d'un système de garde pendant le régime des congés n'enlèvent le caractère punissable des faits qui consistent à attester des prestations qui n'ont pas été effectuées par le médecin même qui les signe. La Commission d'appel examine souverainement si les faits imputés ont été commis. Le Conseil d'État ne juge pas lui-même des faits en tant que juge de cassation administrative.

Il n'appartient pas au Conseil d'État de se prononcer sur la sanction à appliquer en lieu et place de la Commission d'appel. Il ne peut que contrôler si les faits retenus ne sont pas sanctionnés de manière manifestement déraisonnable.

(rejet)

16. Conseil d'État (7^e ch.), G., arrêt n^o 121.047¹⁶ du 26 juin 2003

Commission d'appel – Pas de parité entre membres – Composition irrégulière

Pour garantir les intérêts des parties et l'impartialité de la Commission d'appel, le législateur a voulu que les parties dont les intérêts sont concernés par l'affaire soient représentées de manière paritaire par les membres devant conseiller les trois magistrats de l'Ordre judiciaire qui ont droit de décision.

S'il n'y a pas de parité entre les membres proposés par les organismes assureurs et ceux proposés par les organisations représentatives des praticiens de l'art infirmier, la Commission d'appel n'est pas réglementairement constituée et sa décision sera illégitime.

(annulation et renvoi)

16. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 28.03.1995.

17. Conseil d'État (7^e ch.), Z., arrêt n° 123.740¹⁷ du 2 octobre 2003

Nomenclature – Interprétation – Intention des auteurs

L'intention des auteurs de la nomenclature prime sur la "signification (médicale) normale" des notions utilisées.

(rejet)

18. Conseil d'État (7^e ch.), H., arrêt n° 123.741¹⁸ du 2 octobre 2003

Nomenclature – Interprétation – Pas de déduction

Lorsque la nomenclature donne une description d'une prestation donnée, c'est le numéro de code afférent qui est applicable. Si les auteurs de la nomenclature veulent faire valoir un numéro donné uniquement pour une prestation effectuée d'une certaine façon, il leur appartient de le formuler de manière univoque dans la nomenclature même.

La nomenclature doit être formulée de manière claire et ne doit pas être interprétée par déduction.

(annulation et renvoi)

19. Conseil d'État (7^e ch.), V.D.P., arrêt n° 123.742¹⁹ du 2 octobre 2003

Obligation de motivation – Article 149 de la Constitution coordonnée

La décision n'est pas suffisamment motivée si, dans la décision contestée, on ne répond nulle part à la défense de la requérante concernant la facturation de prestations de soins de plaie.

(annulation et renvoi)

17. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 28.03.1995.

18. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 23.06.1995.

19. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 26.02.1999.

20. Conseil d'État (7^e ch.), M., arrêt n° 126.553²⁰ du 18 décembre 2003

Recevabilité d'un nouveau moyen

Après avoir pris connaissance de l'arrêt de la Cour d'arbitrage, le requérant a pour la première fois avancé de nouveaux arguments contre les procédures appliquées devant la Commission de contrôle et la Commission d'appel dans son mémoire qu'il a déposé après que la Cour d'arbitrage eut prononcé l'arrêt. Il s'agit en l'occurrence de nouveaux moyens qui ne peuvent être avancés pour la première fois par le requérant après que la question préjudicielle suggérée ait reçu une réponse négative. Sans cette question préjudicielle, la demande aurait déjà été rejetée et la procédure aurait déjà été clôturée. Indépendamment du fait qu'ils touchent ou non à l'ordre public, ces moyens sont donc tardifs et par conséquent irrecevables.

(rejet)

21. Conseil d'État (7^e ch.), R., arrêt n° 126.555²¹ du 18 décembre 2003

Nomenclature – Interprétation / Commission d'appel – Compétence / Interdiction d'intervention de l'assurance

En se cramponnant obstinément à ses propres conceptions, l'appelant augmente le risque d'être sanctionné. Le dispensateur de soins n'est pas en mesure/ne peut pas décider de son propre chef si un traitement donné fait ou non partie d'un des traitements prévus sous un numéro de code de nomenclature donné.

La compétence de la Commission d'appel se limite à l'application d'une interdiction d'intervention de l'assurance et au recouvrement des dépenses relatives aux prestations qui sont jugées non conformes aux dispositions légales et réglementaires. La Commission d'appel n'est pas compétente pour prendre connaissance d'une "demande reconventionnelle en réhabilitation".

L'interdiction d'intervention de l'assurance ne constitue pas une sanction.

(rejet)

20. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 06.04.1998 ; Voir aussi : C.E., 18.12.2003, n° 126.554, D. J. (rejet).
21. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 06.03.2001.

22. Conseil d'État (7^e ch.), M., arrêt n° 128.290²² du 19 février 2004

Praticien de l'art infirmier – Gérant de personne morale – Qualité de dispensateur de soins / Nomenclature / Article 156 de la loi coordonnée – Sanction à prononcer – Pouvoir d'appréciation / Principe d'égalité

Si un praticien de l'art infirmier agréé, assujéti à la réglementation relative à l'assurance maladie-invalidité, a rédigé, signé et délivré, dans l'exercice de ses fonctions comme gérant de la personne morale concernée, des attestations globales de prestations jugées non attestables, il est bel et bien un dispensateur de soins au sens de l'article 2, n) de la loi coordonnée. Le fait que le requérant agit comme gérant d'une société n'ôte donc pas sa qualité de dispensateur de soins. Les infractions aux dispositions légales ou réglementaires relatives à l'assurance maladie qui ont été commises par le requérant en tant que gérant d'une société peuvent donc lui être imputées personnellement.

Le fait qu'une prescription est incomplète ne donne pas à une personne autre que le médecin le droit de la compléter, au risque de rendre la disposition de la nomenclature caduque. Le fait que la prescription incomplète constitue ou non une infraction dans le chef du médecin n'a, en l'occurrence, pas d'importance.

L'article 156 de la loi coordonnée stipule que les Chambres restreintes peuvent interdire aux organismes assureurs l'intervention dans les frais de prestations de santé pour une période allant de 5 jours à 1 an si celles-ci sont effectuées par un dispensateur de soins ne respectant pas les dispositions légales ou réglementaires relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. L'emploi du mot "peuvent" signifie, sauf contre-indication, que l'organe compétent n'est pas tenu de prononcer une sanction mais qu'il possède un pouvoir d'appréciation.

Le pouvoir discrétionnaire ne signifie cependant pas qu'on possède un pouvoir arbitraire.

Le fait que d'autres dispensateurs de soins ayant soi-disant commis les mêmes infractions n'aient pas été appelées à comparaître devant la Chambre restreinte est étranger à la décision de la Commission d'appel et ne peut donc entraîner une violation du principe d'égalité.

(annulation partielle et renvoi, rejet pour le surplus)

23. Conseil d'État (7^e ch.), D., arrêt n° 128.759²³ du 4 mars 2004

Nomenclature – Intention des auteurs / Commission d'appel – Juridiction administrative – Obligation de statuer – Sous peine de déni de justice / Délai d'ordre / Délai raisonnable

Si l'intention des auteurs de la nomenclature était de poser une certaine condition pour quelque chose, il faut que cela paraisse clairement du texte de la nomenclature même.

22. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 30.11.2000 ; Voir aussi : C.E., 19.02.2004, n° 128.291, D. W.
23. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 17.07.1995.

La Commission d'appel, instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, est un organe investi d'un pouvoir juridictionnel qui, sous peine de déni de justice, doit statuer sur l'appel dont elle a été saisie.

Même un retard non justifié en ce qui concerne le prononcé ne peut libérer la Commission d'appel de l'obligation imposée par la loi de statuer sur l'appel dont elle a été saisie.

Un délai d'ordre n'est pas un délai prescrit à peine de nullité.

Il y a lieu de tenir compte, dans l'appréciation de l'expiration du délai raisonnable, du nombre de griefs et de la complexité de la cause.

(annulation et renvoi)

24. Conseil d'État (7^e ch.), H., arrêt n° 128.761²⁴ du 4 mars 2004

Recevabilité – Intérêt – Préjudice

L'appel est irrecevable si la partie requérante ne peut obtenir un avantage de l'annulation de la décision contestée.

(rejet)

25. Conseil d'État (7^e ch.), R., arrêt n° 129.419²⁵ du 18 mars 2004

Conseil d'État – Section législation – Avis – Extrême urgence / Article 159 de la Constitution coordonnée – Légalité des arrêts / Nomenclature / Conseil d'État – Juge de cassation – Compétence – Niveau de la peine – Peine disproportionnée à la faute

L'article 18 de la loi ordinaire de réformes institutionnelles du 9 août 1980 stipule que "hors les cas d'urgence spécialement motivés", le texte de tous les projets d'arrêtés réglementaires doit être soumis à l'avis motivé de la section de législation.

Selon l'article 159 de la Constitution coordonnée (ancien art. 107 de la Constitution), tout organe juridictionnel a le pouvoir et l'obligation de vérifier la légalité des arrêtés qu'il applique. Lorsqu'une juridiction exerce sa compétence de refuser l'application de règlements illégaux, elle ne peut pas juger à la place de l'autorité politique responsable si un arrêté doit être pris "en extrême urgence", à savoir sans l'avis de la section législation.

24. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 08.10.1996 ; B.I. – INAMI, 2004/2-3, p. 217.

25. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 25.07.1995.

Par ailleurs, la juridiction est tenue de vérifier si lorsque l'autorité compétente a invoqué l'extrême urgence, elle a utilisé la disposition de l'article 3, § 1^{er}, des lois coordonnées dans sa juste portée. Cela signifie qu'elle doit vérifier si, lorsque l'autorité a qualifié "d'extrêmement urgentes" les circonstances de cette affaire, elle n'a pas modifié le sens de ce concept et, le cas échéant, méconnu la qualification juridique que le législateur lui a conférée.

Les circonstances spécifiques à l'affaire qui justifient la nécessité impérieuse de ne pas demander l'avis de la section législative doivent être mentionnées dans la motivation particulière. La raison pour laquelle il n'était plus possible de demander un avis dans les trois jours maximum comme le prévoit l'article 84 des lois coordonnées sur le Conseil d'État ne doit pas ressortir de la motivation particulière. L'article 84 règle l'organisation de la section législation et n'implique aucune obligation de demander un avis d'urgence dans certains cas.

Lorsque les numéros de code de nomenclature d'une spécialité donnée ne sont pas classés de manière logique, cela ne signifie pas que dans cette partie il n'y aurait aucune logique.

Il ne revient pas au Conseil d'État de formuler un avis sur le niveau de la peine à la place de la Commission d'appel. Le Conseil peut uniquement vérifier si une sanction peut être infligée pour les faits pris en considération et si cette sanction n'est pas disproportionnée aux faits. Il peut être conclu au manque de proportion entre la peine et la faute uniquement s'il est raisonnablement inconcevable que ces fautes donnent lieu à une telle sanction.

(rejet)

26. Conseil d'État (7^e ch.), M., arrêt n° 132.001²⁶ du 3 juin 2004

Commission d'appel – Juridiction administrative – Obligation de statuer sous peine de déni de justice / Délai de décision – Délai d'ordre / délai raisonnable – Appréciation concrète – Délai long mais pas déraisonnablement long

La Commission d'appel, instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, est un organe investi d'un pouvoir juridictionnel qui doit, sous peine de déni de justice, statuer sur l'appel dont elle a été saisie.

Même un retard non justifié en ce qui concerne le prononcé ne peut libérer la Commission d'appel de l'obligation imposée par la loi de statuer sur l'appel dont elle a été saisie.

Un délai d'ordre n'est pas un délai prescrit à peine de nullité. Le fait que ce délai vient à expirer n'a pas pour conséquence que l'affaire ne relève plus de la compétence de la Commission d'appel. Celle-ci est donc toujours tenue de statuer, même après l'expiration du délai.

Toute décision judiciaire doit être prise dans un délai raisonnable, aussi bien celles qui émanent d'une juridiction administrative telle que la Commission d'appel que celles qui sortent du cadre de la disposition CEDH invoquée.

26. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 10.08.1995.

Des problèmes pratiques et organisationnels en son sein ne peuvent être invoqués par la partie défenderesse contre un justiciable pour justifier le dépassement du délai raisonnable. Il appartient aux pouvoirs publics de s'organiser de telle manière qu'ils soient en mesure de respecter le délai raisonnable.

La question de savoir si le délai raisonnable a ou non été dépassé doit être examinée *concrètement*, c'est-à-dire en tenant compte des données spécifiques à la cause. Le délai expiré peut être long, mais, à la lumière des données concrètes, pas déraisonnablement long. Il y a lieu, en effet, de tenir compte des nombreux griefs et de la voluminosité du dossier.

(rejet)

27. Conseil d'État (7^e ch.), W., arrêt n° 132.233²⁷ du 10 juin 2004

Commission d'appel – Juridiction administrative / Article 159 de la Constitution coordonnée – Légalité des arrêtés / Droit d'évocation et effet dévolutif de l'appel / Délai raisonnable – Obligation de statuer sous peine de déni de justice / Appréciation de l'administration de la preuve / Droits de la défense – Détermination de la sanction

L'article 159 de la Constitution stipule que les cours et tribunaux n'appliquent les arrêtés et règlements généraux, provinciaux et locaux que s'ils sont conformes aux lois. Cette disposition implique que toute juridiction contentieuse telle que la Commission d'appel a le pouvoir et l'obligation de vérifier la légalité des arrêtés qu'elle applique.

Maintenant que le requérant a explicitement avancé, devant la Commission, que les dispositions de la nomenclature qui lui ont été appliquées sont illégales à différents points de vue, cette juridiction administrative devait bel et bien vérifier leur légalité et répondre aux arguments avancés dans ce contexte par le requérant.

Étant donné que la disposition constitutionnelle en question ne s'applique qu'aux organes judiciaires et donc pas aux organes de l'administration active tels que la Chambre restreinte, le requérant ne devait et ne pouvait, en l'occurrence, pas invoquer en droit cette disposition, et la partie requérante ne peut puiser des arguments du fait que ces moyens n'ont pas été examinés devant la Chambre restreinte.

Étant donné que ces moyens ne pouvaient être invoqués que devant la Commission d'appel et que la décision contestée repose sur les dispositions de la nomenclature critiquées par le requérant, fixées par arrêté royal, la Commission devait, pour les raisons citées ci-dessus, répondre auxdits moyens, quoi qu'il en soit du droit d'évocation et de l'effet dévolutif de l'appel.

27. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 30.12.1996 ; Voir aussi : C.E. (7^e ch.) 02.02.2006, n° 154.424, W. ; C.E., 10.06.2004, n° 132.234, B. et C.E., 10.06.2004, n° 132.235, V. O.

La juridiction saisie par renvoi après annulation de l'affaire sur la base du dépassement du délai raisonnable doit, sous peine de déni de justice, de nouveau statuer sur l'appel. Cette juridiction doit, quand elle prend une nouvelle décision, tenir compte de la durée trop longue de la procédure dans l'appréciation de l'administration de la preuve et dans l'examen du respect des droits de la défense et, le cas échéant, dans la détermination de la sanction.

(réouverture des débats)

28. Conseil d'État (7^e ch.), D.V., arrêt n° 133.273²⁸ du 29 juin 2004

Délai raisonnable – Droits de la défense – Principe général de droit –
Appréciation concrète – Délai long mais pas déraisonnablement long /
Mesure d'instruction – Pouvoir d'appréciation de la Commission d'appel /
Obligation de statuer sous peine de déni de justice / Délai d'ordre

L'exigence du délai raisonnable et l'obligation de respecter les droits de la défense valent comme principes généraux de droit pour toutes les juridictions, donc aussi pour les juridictions administratives telles que la Commission d'appel.

La question de savoir si la Commission d'appel est partie du principe, à tort ou à raison, qu'elle n'est pas soumise à l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme est sans intérêt pour régler l'affaire quand il n'est pas démontré que les obligations découlant de cette disposition ont *in casu* été méconnues.

Le délai raisonnable doit toujours être apprécié *concrètement*. Le temps nécessaire pour la rédaction du rapport du médecin-inspecteur et pour la convocation à l'audience – environ un an et demi – est en effet long mais la requérante ne démontre pas qu'il s'agit d'un temps déraisonnablement long compte tenu du nombre de griefs et de la complexité de l'affaire.

Le simple fait que les délibérations ont duré sept mois ne permet pas non plus de conclure à un dépassement du délai raisonnable. La durée des délibérations dépend en effet aussi de la complexité de l'affaire, y compris des faits et circonstances à apprécier.

Le juge du fond décide souverainement de la nécessité ou de l'opportunité d'une mesure d'instruction supplémentaire telle qu'une confrontation avec les témoins pour lui permettre de statuer.

Il n'appartient pas au Conseil d'État, en qualité de juge de cassation, de connaître du fond de l'affaire et de substituer son appréciation à celle de la Commission d'appel.

La Commission d'appel, instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, est un organe investi d'un pouvoir juridictionnel qui doit, sous peine de déni de justice, statuer sur l'appel dont elle a été saisie.

Même un retard non justifié en ce qui concerne le prononcé ne peut libérer la Commission d'appel de l'obligation imposée par la loi de statuer sur l'appel dont elle a été saisie.

Un délai d'ordre n'est pas un délai prescrit à peine de nullité.
(rejet)

29. Conseil d'État (7^e ch.), B., arrêt n° 133.274²⁹ du 29 juin 2004

Commission d'appel – Juridiction administrative – Obligation de motivation

Il appartient à la Commission d'appel de prouver que le requérant s'est rendu coupable des faits qui lui sont imputés. Si la Commission d'appel, dans sa décision contestée, ne répond pas au moyen de défense du requérant, qu'elle ne donne aucune indication dont il pourrait apparaître pourquoi le requérant ne pourrait relever d'une exception donnée, et que l'utilité de la combinaison de techniques dans sa pratique n'est pas établie, elle ne motive pas, de manière satisfaisante, que les prestations concernées étaient inutiles.

(annulation et renvoi)

30. Conseil d'État (7^e ch.), D., arrêt n° 133.337³⁰ du 29 juin 2004

Nomenclature – État de dépendance physique – Échelle d'évaluation / Absence d'opposition de la part du médecin-conseil

Le praticien de l'art infirmier évalue l'état de dépendance physique d'un patient à l'aide de l'échelle d'évaluation qui figure dans la nomenclature. Il note le degré de dépendance physique et la durée du traitement dans un formulaire, le fameux formulaire 703^{ter}N qu'il remet au médecin-conseil.

L'article 8, § 8b, de la nomenclature stipule que "l'intervention de l'assurance est due sauf opposition du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseils".

La disposition de la nomenclature comprend toutefois deux aspects dans le cadre de l'intervention du médecin-conseil, en cause ici. Premièrement, le formulaire justifiant la demande d'honoraires forfaitaires et devant être complété par le praticien de l'art infirmier doit être remis au médecin-conseil, et deuxièmement, seule l'intervention à charge du régime d'assurance-maladie est due sauf opposition du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseils.

Cette disposition ne concerne que l'intervention de l'assurance-maladie dans le cadre des prestations concernées et on ne peut en déduire, en droit, qu'en l'absence d'une telle opposition, la nomenclature a été correctement appliquée par le praticien de l'art infirmier.

(rejet)

29. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 24.06.1997.

30. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 30.12.1996.

31. Conseil d'État (7^e ch.), A., arrêt n° 133.338³¹ du 29 juin 2004

Liberté diagnostique et thérapeutique / Conseil d'État – Juge de cassation / Commission d'appel – Organe juridictionnel – Indépendance et impartialité – Audiences dans le bâtiment de l'INAMI – Notification de la décision par un fonctionnaire de l'INAMI

En vertu de l'article 73, alinéa 4, de la loi AMI, le caractère inutilement onéreux des examens et des traitements ainsi que le caractère superflu des prestations, doivent être évalués en rapport avec les examens, traitements et prestations "qu'un dispensateur de soins prescrit, exécute ou fait exécuter dans des circonstances similaires".

Lors de l'élaboration de cette disposition, le législateur ne pouvait que songer à un prestataire normalement prudent et diligent, placé dans des circonstances équivalentes à celles où se trouvait le prestataire concerné (Cour d'arbitrage, n° 28/93, 01.04.1993, M.B. 07.05.1993, voir considérant B.4.2).

L'article 73 n'impose nullement une comparaison avec le comportement de prescription d'autres médecins mais prend pour norme d'appréciation le prestataire de référence agissant avec la diligence et la prudence normales d'un bon médecin.

Le Conseil d'État, agissant en qualité de juge de cassation, ne peut pas se substituer à la Commission d'appel pour ce qui concerne l'appréciation des faits.

Il n'appartient pas au Conseil d'État, en qualité de juge de cassation, de juger le contenu des informations et de la documentation scientifiques sur lesquelles la décision contestée a été fondée.

Conformément à l'article 14, § 2, de la loi relative au Conseil d'État, telle que modifiée par la loi du 25 mai 1999, le Conseil d'État ne peut pas connaître du fond des affaires.

La Commission d'appel est un organe juridictionnel dont l'indépendance à l'égard de l'INAMI a été souhaitée par le législateur. La Commission est constituée de deux magistrats ayant voix délibérative, de quatre médecins désignés par les organisations représentatives de médecins et de quatre médecins désignés par les organismes assureurs, qui n'ont toutefois qu'une fonction consultative.

Le Service du contrôle médical est entendu à l'audience dans ses moyens. Le Service n'est néanmoins pas représenté dans la Commission et ne prend aucunement part aux délibérations de la Commission d'appel. La Commission d'appel n'est pas tenue de justifier ses décisions à l'INAMI. La Commission d'appel répond dès lors aux exigences d'une instance judiciaire indépendante et impartiale.

Le fait que les séances de la Commission d'appel aient lieu dans les bâtiments de l'INAMI, ne peut pas compromettre l'indépendance de la Commission d'appel.

La notification de la décision n'est pas une composante de la décision même, elle constitue uniquement un acte matériel d'exécution, qui a notamment pour objectif de faire débiter le délai de recours.

31. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 27.02.1996.

Le fait que la notification de la décision contestée ait été effectuée par un fonctionnaire de l'INAMI n'implique pas que cette personne ait eu une quelconque influence sur le processus décisionnel.

(rejet)

32. Conseil d'État (7^e ch.), V., arrêt n° 137.092³² du 9 novembre 2004

Conseil d'État – Pourvoi en cassation – Arrêt d'annulation – Autorité de chose jugée

L'article 15 de la loi relative au Conseil d'État oblige les juridictions administratives saisies par renvoi du Conseil d'État après un arrêt d'annulation dans un pourvoi en cassation administrative à se conformer à cet arrêt sur le point du droit qu'il juge. Agir autrement reviendrait à enfreindre l'autorité de chose jugée liée à l'arrêt mentionné du Conseil d'État.

(annulation et renvoi)

33. Conseil d'État (7^e ch.), D.M., arrêt n° 139.578³³ du 20 janvier 2005

Recevabilité du moyen – Intérêt / Obligation de motivation

Un moyen est irrecevable quand la partie qui le soulève ne justifie pas d'un intérêt pour le faire.

Une décision est suffisamment motivée quand elle spécifie quelles dispositions légales et réglementaires elle estime violées par le requérant et par quels actes le requérant viole ces dispositions légales.

(rejet)

34. Conseil d'État (7^e ch.), N., arrêt n° 139.579³⁴ du 20 janvier 2005

Obligation de motivation / Article 156 de la loi coordonnée – Acte matériel / Conseil d'État – Juge de cassation

Un moyen doit être suffisamment argumenté. Il n'appartient pas au Conseil d'État d'analyser lui-même, à la place du requérant, la jurisprudence mentionnée, ni d'examiner s'il pourrait ou non en être déduit que la procédure qui a mené à la décision actuellement contestée porte sur un droit civil, ni si et comment cette jurisprudence pourrait être associée à l' "avis" visé dans le moyen.

32. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 29.08.1997.

33. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 01.07.1998.

34. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 01.07.1998.

Une décision est suffisamment motivée quand elle spécifie quelles dispositions légales et réglementaires elle estime violées par le requérant et par quels actes le requérant viole ces dispositions légales.

L'article 156 de la loi AMI permet d'infliger une interdiction d'intervention de l'assurance pour "un dispensateur de soins qui ne se conforme pas aux dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités". L'article ne stipule pas que "toute "personne" impliquée dans une éventuelle infraction à la réglementation INAMI..." pourrait être considérée comme "dispensateur de soins".

Un dispensateur de soins commet une infraction aux dispositions légales et réglementaires de la législation relative à l'assurance maladie-invalidité en effectuant l'acte matériel de signer des attestations récapitulatives qui ne correspondent pas à la réalité, lui permettant de porter indûment en compte des prestations ambulatoires de biologie clinique.

Le fait que les prestations attestées dans les états récapitulatifs ont été effectuées par un autre dispensateur de soins, n'empêche pas que c'est bel et bien le requérant qui, en sa qualité de dispensateur de soins, a posé les actes matériels sanctionnés dans la décision contestée.

Il n'appartient pas au Conseil d'État, en qualité de juge de cassation administrative, de connaître des faits.

(rejet)

35. Conseil d'État (7^e ch.), S., arrêt n° 139.581³⁵ du 20 janvier 2005

Nomenclature / Commission d'appel – Décision – Exigences de forme

Il ressort de la lecture conjuguée des articles 4, § 1^{er}, et 5 de la nomenclature que le détartrage ne peut être porté en compte à l'assurance maladie que pour autant que cette prestation ait été dispensée par un praticien de l'art dentaire. Cette prescription implique incontestablement que le traitement complet doit être effectué par un praticien de l'art dentaire. Tout détartrage, quelle que soit la taille de la partie retirée, doit être effectué par un praticien de l'art dentaire. La nomenclature ne prévoit aucune exception.

Seuls les dentistes et les licenciés en science dentaire peuvent effectuer un détartrage et donc également supprimer des "restes" de tartre. Un dentiste avec une expérience professionnelle devait le savoir, tout comme le requérant. Le fait de poser ce principe n'ajoute par conséquent rien à la nomenclature.

Les décisions de la Commission d'appel sont prises à la majorité des voix. Cependant, aucune disposition ne stipule que la décision doit mentionner explicitement avoir été prise à la majorité des voix.

(rejet)

35. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 02.12.1997.

36. Conseil d'État (7^e ch.), V., arrêt n° 145.289³⁶ du 2 juin 2005

Principes de bonne administration / Délai raisonnable – Éléments d'appréciation / Article 174, 10°, de la loi coordonnée – Constatations / Conseil d'État – Juge de cassation

Les principes de bonne “administration” sont orientés vers l’“administration”.

Sans devoir se prononcer sur la question de savoir si l'affaire traitée tombe dans le domaine d'application de l'article 6 de la CEDH, il y a lieu de constater que le moyen, tel qu'il a été formulé dans la requête, retient uniquement que “les faits” se sont produits pendant la période s'étalant du 1^{er} avril 1993 au 30 septembre 1993 et qu'il y a eu un prononcé en la matière le 31 août 1998.

La complexité du dossier administratif, le déroulement difficile de l'enquête préliminaire et l'absence d'une collaboration spontanée et entière de la part du requérant pendant cette enquête préliminaire sont des éléments qui ont eu une influence sur l'examen de la question de savoir si le délai raisonnable avait ou non été dépassé.

La décision contestée a été prise moins de seize mois après l'introduction de l'appel de la décision de la Chambre restreinte. À la lumière de la chronologie des faits et de l'ampleur de l'affaire, il ne s'agit pas d'un délai de décision non raisonnable.

Les constatations visées à l'article 174, 10°, de la loi coordonnée sont les constatations au sens habituel du terme, faites par le fonctionnaire compétent pour établir un procès-verbal en la matière.

Dans ses arrêts n° 79.230 du 11 mars 1999 et n° 129.419 du 18 mars 2004, le Conseil d'État a déjà dit que le fait que les numéros de nomenclature de la spécialité gastro-entérologie ne soient pas classés de façon logique ne doit pas signifier en soi qu'il n'y aurait aucune logique dans cette partie de la nomenclature et que le texte ne serait pas clair.

Le Conseil d'État n'a pas pour mission, lorsqu'il statue en qualité de juge de cassation administrative, de reformuler les moyens à la place du requérant, afin qu'ils puissent être qualifiés de principes généraux du droit qui s'appliqueraient pour le juge administratif, et d'expliquer à la place du requérant pourquoi cela devrait être ainsi.

(rejet)

37. Conseil d'État (7^e ch.), V., arrêt n° 145.290³⁷ du 2 juin 2005

Indépendance et impartialité / Principes de bonne administration / Délai raisonnable / Recevabilité d'un nouveau moyen / Article 174, 10°, de la loi coordonnée – Constatations / Conseil d'État – Juge de cassation

Faire référence, dans une note de bas de page, à des “extraits” d'un journal ne suffit pas pour étayer la thèse que la Commission d'appel avait tranché à l'avance l'affaire du requérant.

36. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 31.08.1998.

37. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 19.06.2000.

Les principes de bonne “administration” sont orientés vers l’ “administration”.

Quand un moyen n’est pas d’ordre public, il ne peut pas être invoqué pour la première fois devant le juge de cassation. Un moyen portant sur le délai raisonnable ne concerne pas la compétence matérielle de la Commission d’appel et n’est pas d’ordre public.

Les constatations visées à l’article 174, 10°, de la loi coordonnée sont les constatations au sens habituel du terme, faites par le fonctionnaire compétent pour établir un procès-verbal en la matière.

Le Conseil d’État n’a pas pour mission, lorsqu’il statue en qualité de juge de cassation administrative, de reformuler les moyens à la place du requérant, afin qu’ils puissent être qualifiés de principes généraux du droit qui s’appliqueraient pour le juge administratif, et d’expliquer à la place du requérant pourquoi cela devrait être ainsi.

(rejet)

38. Conseil d’État (7^e ch.), B., arrêt n° 146.546³⁸ du 23 juin 2005

Principes de bonne administration / Délai raisonnable – Éléments d’appréciation / Article 174, 10°, de la loi coordonnée – Constatations

Les principes de bonne “administration” sont orientés vers l’ “administration”.

Sans devoir se prononcer sur la question de savoir si l’affaire traitée tombe dans le domaine d’application de l’article 6 de la CEDH, il y a lieu de constater que le moyen, tel qu’il a été formulé dans la requête, retient uniquement que “les faits” se sont produits pendant la période s’étalant du 1^{er} avril 1993 au 30 septembre 1993 et qu’il y a eu un prononcé en la matière le 31 août 1998.

La complexité du dossier administratif, le déroulement difficile de l’enquête préliminaire et l’absence d’une collaboration spontanée et entière de la part du requérant pendant cette enquête préliminaire sont des éléments qui ont eu une influence sur l’examen de la question de savoir si le délai raisonnable avait ou non été dépassé.

La décision contestée a été prise moins de seize mois après l’introduction de l’appel de la décision de la Chambre restreinte. À la lumière de la chronologie des faits et de l’ampleur de l’affaire, il ne s’agit pas d’un délai de décision non raisonnable.

Les constatations visées à l’article 174, 10°, de la loi coordonnée sont les constatations au sens habituel du terme, faites par le fonctionnaire compétent pour établir un procès-verbal en la matière.

Dans ses arrêts n° 79.230 du 11 mars 1999 et n° 129.419 du 18 mars 2004, le Conseil d’État a déjà dit que le fait que les numéros de nomenclature de la spécialité gastro-entérologie ne soient pas classés de façon logique ne doit pas signifier en soi qu’il n’y aurait aucune logique dans cette partie de la nomenclature et que le texte ne serait pas clair.

(rejet)

38. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d’appel du 31.08.1998 ; voir également : C.E., 23.06.2005, n° 146.547, G. ; C.E., 23.06.2005, n° 146.548, H. et C.E., 23.06.2005, n° 146.549, R.

39. Conseil d'État (7^e ch.), D.V., arrêt n° 147.137³⁹ du 30 juin 2005

Chambres restreintes – Autorités administratives / Commission d'appel – Juridiction administrative – Pleine juridiction – Premier et dernier ressort

Quand les Chambres restreintes interdisent aux organismes assureurs d'intervenir dans le coût de prestations de santé exécutées par un dispensateur de soins qui ne se conforme pas aux dispositions légales ou réglementaires en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, elles ne statuent pas en qualité de juridictions administratives, mais d'autorités administratives.

Lorsque la Commission d'appel se prononce sur l' "appel" de la décision de la Chambre restreinte, elle se prononce en premier et dernier ressort et pas en appel après un prononcé d'une juridiction administrative de première instance.

La Commission d'appel tire de l'article 156 de la loi coordonnée la pleine juridiction l'obligeant dans tous les cas à substituer sa décision à celle de la Chambre restreinte quand il a été interjeté appel auprès de la Commission d'appel d'une des décisions de cette Chambre. Cette obligation de substitution implique qu'elle annule la décision contestée et la remplace par sa propre décision.

(rejet)

40. Conseil d'État (7^e ch.), F., arrêt n° 149.700⁴⁰ du 3 octobre 2005

Commission d'appel – Indépendance et impartialité / Obligation de motivation / Compétence d'appréciation du Conseil d'État – Montant de la peine – Contrôle marginal / Principe de précaution / Nomenclature – Champ opératoire

Les principes d'indépendance et d'impartialité sont des principes généraux du droit qui s'appliquent à tous les collèges juridictionnels, et donc également à la Commission d'appel.

La Commission d'appel est un organe juridictionnel dont l'indépendance à l'égard de l'INAMI a été souhaitée par le législateur. La Commission est constituée de trois magistrats ayant voix délibérative, de trois médecins désignés par les organisations représentatives de médecins et de trois médecins désignés par les organismes assureurs, qui n'ont toutefois qu'une fonction consultative.

Le Service du contrôle médical est entendu à l'audience dans ses moyens. Le Service n'est néanmoins pas représenté dans la Commission et ne prend aucunement part aux délibérations de la Commission d'appel. La Commission d'appel n'est pas tenue de justifier ses décisions à l'INAMI. La Commission d'appel répond dès lors aux exigences d'une instance judiciaire indépendante et impartiale.

39. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 29.01.1999.

40. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 21.04.1998.

Il n'appartient pas au Conseil d'État de substituer son appréciation du niveau de la peine à celle de la Commission d'appel. Le Conseil d'État peut uniquement effectuer un contrôle marginal. Le requérant ne démontre pas que la sanction infligée est *in casu* manifestement disproportionnée.

L'obligation de motivation implique que la Commission d'appel doit connaître les motifs sur la base desquels elle parvient à une sanction déterminée. *In casu*, il a été indiqué, sur la base d'une motivation très étendue et très concrète, de quelle façon la Commission d'appel est parvenue à la sanction infligée.

Toutefois, si la Commission d'appel renvoie uniquement à la motivation de la décision contestée, elle ne satisfait pas à son obligation de motivation.

En qualité de juge de cassation administrative, le Conseil d'État ne peut pas recommencer l'examen des faits. Il doit cependant examiner si, à la lumière des faits avancés, la décision contestée a été suffisamment motivée et si la force probante des différentes déclarations a été appréciée et respectée.

En soi, le simple fait que la nomenclature n'ait pas (encore) été adaptée aux techniques les plus modernes n'implique pas que le principe de précaution est enfreint. Le Conseil d'État n'est pas compétent pour décider quels actes médicaux entrent ou non en considération pour un remboursement selon l'état le plus récent de la science. Le Conseil d'État n'a pour cela qu'une compétence de contrôle marginal.

Si un dispensateur de soins estime que la nomenclature est dépassée, il ne peut pas décider de ne pas l'appliquer. Il lui appartient par contre de prendre les initiatives nécessaires pour inciter les instances compétentes à actualiser la nomenclature.

L'article 15, § 3, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 stipule qu'en cas d'interventions chirurgicales multiples exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire, seule l'intervention principale est honorée.

L'article 15, § 4, alinéa 1^{er}, stipule que lorsque, au cours d'une même séance opératoire, plusieurs interventions sont exécutées dans des champs nettement distincts, l'intervention principale est honorée à cent pour cent et la ou les autres interventions à cinquante pour cent des valeurs indiquées pour ces prestations. Aux termes de l'alinéa 2, cette disposition ne s'applique ni aux prestations qui sont décrites comme nécessitant ou pouvant nécessiter le recours à plusieurs champs opératoires, ni, entre autres, à des techniques complémentaires que peuvent comporter certaines interventions prévues sous un énoncé général, et que dans de tels cas, seule l'intervention principale peut être honorée.

(annulation et renvoi)

41. Conseil d'État (7^e ch.), D.J., arrêt n° 153.948⁴¹ du 19 janvier 2006

Commission d'appel – Indépendance et impartialité – Question préjudicielle

Lorsque le Conseil d'État prend connaissance d'un recours en annulation d'une décision de la Commission d'appel, il siège en qualité de juge de cassation administrative. Seules les personnes qui étaient parties devant la juridiction administrative peuvent en contester la décision devant le Conseil d'État.

Les textes de loi univoques ne laissent planer aucun doute sur le fait que la Commission d'appel, instituée auprès du Service du contrôle médical de l'INAMI, et visée par l'article 155 de la loi AMI coordonnée, a reçu de la part du législateur la compétence de prendre connaissance des appels des décisions de la Chambre restreinte et de se prononcer à ce sujet.

La compétence générale du tribunal du travail en vertu des articles 580, 581 et 583 du Code judiciaire et de l'article 167 de la loi AMI coordonnée n'est donc pas d'application.

En cas de contestation au sujet d'un droit civil, l'article 6 de la CEDH garantit le droit à être entendu par une instance judiciaire indépendante et impartiale. La Commission d'appel est un organe juridictionnel dont l'indépendance à l'égard de l'INAMI a été souhaitée par le législateur. La Commission est constituée de trois magistrats ayant voix délibérative, de trois membres appartenant au même groupe professionnel que le dispensateur de soins qui a fait l'objet des constatations et de trois membres désignés par les organismes assureurs, qui n'ont toutefois qu'une fonction consultative.

Le Service du contrôle médical est entendu à l'audience dans ses moyens. Le Service n'est néanmoins pas représenté dans la Commission et ne prend aucunement part aux délibérations de la Commission d'appel. La Commission d'appel n'est pas tenue de justifier ses décisions à l'INAMI.

La Commission d'appel répond des lors aux exigences d'une instance judiciaire indépendante et impartiale. Le fait que l'avis d'une instance comparable à l'auditorat du travail ne soit pas demandé n'y porte pas préjudice.

Indépendamment de la question de savoir si la procédure en question concerne ou non des droits civils, il n'y a par conséquent pas infraction à l'obligation d'indépendance et d'impartialité, telle qu'elle est formulée à l'article 6 de la CEDH et à l'article 14.1 du PIDCP ou au "droit de la défense" ou encore au principe de sécurité juridique.

Si la Cour d'arbitrage s'est déjà prononcée sur une question portant sur un thème identique à celui de la question posée par la première requérante, le Conseil d'État n'est pas tenu de soumettre une nouvelle fois cette question préjudicielle à la Cour d'arbitrage.⁴²

(rejet)

41. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 29.01.1999 ; voir également : C.E., 19.01.2006, n° 153.949, S. ; C.E., 19.01.2006, n° 153.950, D. V. et C.E., 19.01.2006, n° 153.951, D.

42. Article 26, § 2, 2°, de la loi spéciale du 06.01.1989 sur la Cour d'arbitrage.

42. Conseil d'État (7^e ch.), W., arrêt n° 154.424⁴³ du 2 février 2006

Délai raisonnable – Difficultés organisationnelles – Conséquences d'un dépassement

En tant que juridiction administrative, la Commission d'appel est tenue de se prononcer dans un délai raisonnable, indépendamment du fait que l'article 6 de la CEDH s'applique ou non à la procédure en question.

Il n'apparaît pas que l'examen de la réalité des faits et de leur incompatibilité avec la disposition de la nomenclature appliquée ait nécessité un temps anormalement long. Un délai de décision de 28 mois, alors que le délai légal est de six semaines, même s'il s'agit d'un délai d'ordre, est, à la lumière des constatations, en effet anormalement long.

Le Service ne peut pas invoquer une surcharge du rôle et des difficultés pratiques dans la composition des sièges et, plus particulièrement, la maladie du président, pour justifier le dépassement du délai raisonnable. Il aurait dû prendre les mesures nécessaires pour y remédier. Les justiciables ne peuvent pas être les victimes de difficultés organisationnelles auxquelles ils sont étrangers.

En vertu de l'article 15 de la loi relative au Conseil d'État, la juridiction administrative saisie par renvoi du Conseil d'État après un arrêt d'annulation est tenue de se conformer à cet arrêt sur les points du droit qu'il juge. Lors de sa décision après le renvoi, la Chambre de recours doit intégrer le dépassement du délai raisonnable dans son appréciation de l'affaire et dans sa décision finale.

(annulation et renvoi)

43. Conseil d'État (7^e ch.), V., arrêt n° 159.457⁴⁴ du 1^{er} juin 2006

Excès de pouvoir et/ou détournement de pouvoir / Principe d'égalité / Principes de bonne administration

Une interprétation littérale des dispositions applicables de la nomenclature ne peut pas constituer un excès de pouvoir et/ou un détournement de pouvoir dans le chef de la Commission d'appel.

Pour qu'il puisse être question de violation du principe d'égalité, il faut qu'il y ait un déséquilibre entre les infractions retenues et la sanction infligée.

En tant que juridiction administrative, la Commission d'appel n'est pas soumise aux principes de bonne administration.

(rejet)

43. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 30.12.1996 ; voir également : C.E. (7^e ch.) 02.02.2006, n° 154.425, B. et C.E. (7^e ch.), 02.02.2006, n° 154.426, V. O.

44. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 20.04.1999.

44. Conseil d'État (7^e ch.), V., arrêt n° 163.210⁴⁵ du 5 octobre 2006

Commission d'appel – Juridiction administrative – Principes de bonne administration / Délai raisonnable / Recevabilité d'un nouveau moyen / Commission d'appel – Faits ne figurant pas dans les griefs / Article 174, 10°, de la loi coordonnée – Constatations

En tant que juridiction administrative, la Commission d'appel n'est pas soumise aux principes de bonne administration.

Sans devoir se prononcer sur la question de savoir si l'affaire traitée tombe dans le domaine d'application de l'article 6 de la CEDH, il y a lieu de constater que le moyen, tel qu'il a été formulé dans la requête, retient uniquement que "les faits" se sont produits pendant la période s'étalant du 2 juin 1991 au 15 juillet 1992 et que la Chambre restreinte et la Commission d'appel se sont prononcées en la matière, respectivement le 11 janvier 1995 et le 31 juillet 1995.

La décision contestée a donc été prise moins de six mois après l'introduction de l'appel de la décision de la Chambre restreinte, ce qui n'est certes pas un délai non raisonnable.

Un moyen qui n'est pas d'ordre public ne peut pas être invoqué pour la première fois devant le juge de cassation.

Il n'appartient pas à la Commission d'appel de se prononcer sur des faits pour lesquels le dispensateur de soins n'a finalement pas été poursuivi et desquels la Chambre restreinte n'a dès lors pas été saisie.

La constatation que certains faits ne figurent pas dans les griefs n'implique pas que la loi coordonnée a été respectée dans ces cas.

Les constatations visées à l'article 174, 10°, de la loi coordonnée sont les constatations au sens habituel du terme, faites par le fonctionnaire compétent pour établir un procès-verbal en la matière. Le renvoi de l'affaire devant la Chambre restreinte n'est pas visé par ces constatations.

(rejet)

45. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 31.07.1995.

45. Conseil d'État (7^e ch.), V., arrêt n° 163.774⁴⁶ du 19 octobre 2006

Article 174, 10°, de la loi coordonnée – Constatations / Commission d'appel
Obligation de statuer sous peine de déni de justice – Délai d'ordre / Moyens de cassation / Droit à un procès équitable et à un juge impartial – Principes généraux du droit / Question préjudicielle à la Cour européenne des droits de l'homme

Les constatations visées à l'article 174, 10°, de la loi coordonnée sont les constatations au sens habituel du terme, faites par le fonctionnaire compétent pour établir un procès-verbal en la matière. Le renvoi de l'affaire devant la Chambre restreinte n'est pas visé par ces constatations.

La Commission d'appel, instituée auprès du Service du contrôle médical de l'INAMI, est un organe doté d'une compétence juridictionnelle, qui doit statuer sur l'appel interjeté sous peine de déni de justice.

Un délai d'ordre n'est pas un délai prescrit à peine de nullité. L'expiration de ce délai ne libère donc pas la Commission d'appel de l'obligation imposée par la loi de statuer sur l'appel dont elle a été saisie.

Un moyen invoqué devant le juge de cassation doit être dirigé contre la décision contestée et non contre le grief qui a mené à la décision, ni contre la façon dont le médecin-inspecteur a procédé à l'enquête.

Un moyen de cassation doit énoncer avec précision et exactitude la règle de droit qui a été violée. Il ne suffit pas de dire simplement qu'il y a eu une violation du "principe de motivation", sans approfondir.

Le droit à un procès équitable réputé contradictoire et le droit à un juge impartial sont des principes généraux du droit qui s'appliquent pour toute décision juridictionnelle. La question de savoir si l'article 6 de la CEDH s'applique ou non ici est par conséquent superflue.

Il ressort de l'article 155 de la loi coordonnée que les représentants des organismes assureurs sont "membres" de la Commission d'appel, certes, avec voix consultative. En tant que membres de cette juridiction, ils donnent leur "avis" pendant la délibération secrète. Les opinions formulées pendant la délibération ne peuvent pas être assimilées à des avis du ministère public.

Le fait que la requérante soit une infirmière indépendante ne suffit pas en soi pour conclure que les membres de la Commission d'appel, proposés par les associations représentatives de praticiens de l'art infirmier, sont partiaux ou semblent l'être.

Le Conseil d'État ne connaît pas de dispositions légales ou conventionnelles lui permettant, voire lui imposant, de poser une question préjudicielle à la Cour européenne des droits de l'Homme.

(rejet)

46. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 23.12.1999 ; B.I.- INAMI, 2007/2, p. 203.

46. Conseil d'État (7^e ch.), V., arrêt n° 164.821⁴⁷ du 16 novembre 2006

Article 156 de la loi coordonnée – Faculté d'appréciation

L'article 156 de la loi coordonnée confère à l'organe compétent de l'INAMI une faculté d'appréciation lui permettant, après constatation d'une infraction à la réglementation AMI, d'infliger ou non une sanction.

La force majeure peut être invoquée pour décider de ne pas infliger de sanction. Elle peut également être avancée dans le choix de la sanction. Toute autre interprétation équivaldrait à méconnaître l'article 156 de la loi coordonnée.

L'assertion selon laquelle la force majeure ne peut être invoquée pour décider de ne pas infliger une sanction et ne peut être avancée dans le choix de la sanction est donc fausse.

Le dispensateur de soins qui a signé les attestations et les états récapitulatifs ne doit pas toujours être sanctionné. Cela est d'autant plus valable lorsque ce dispensateur de soins était sous l'autorité et la surveillance de la direction de l'hôpital et s'il a dû se conformer aux directives imposées par son mandant.

(annulation partielle et rejet pour le surplus)

47. Conseil d'État (7^e ch.), P., arrêt n° 168.119⁴⁸ du 22 février 2007

Comité – Organe d'administration / principes généraux du droit – Impartialité / Feuille d'audience – Acte authentique / Article 2, alinéa 2, du Code pénal – Application de la nouvelle loi plus clémente / Recevabilité d'un nouveau moyen

Lorsque, conformément à l'article 141, § 1^{er}, 9^o, de la loi AMI coordonnée, le Comité du Service du contrôle médical défère aux Chambres restreintes les constatations faites à charge d'un dispensateur de soins, il n'intervient pas comme juridiction administrative mais comme organe d'administration du Service du contrôle médical⁴⁹.

Le principe général du droit de l'impartialité, mentionné à l'article 6.1 de la CEDH et à l'article 14.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) vaut uniquement pour les instances judiciaires et n'est donc par conséquent pas applicable aux décisions administratives du Comité.

Un principe général du droit ne peut suppléer à la volonté expresse et aux objectifs précis du législateur.

47. Pourvoi en cassation contre la décision rendue par la Commission d'appel du 12.02.2001.

48. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 25.02.2003 ; B.I. - INAMI, 2007/2, p. 212.

49. Article 141, § 1^{er}, 9^o, abrogé par la Loi (II) du 24.12.2002, M.B. du 31.12.2002 – éd. 1.

Lorsqu'il ressort clairement de la feuille d'audience qu'une affaire a été reprise *ab initio*, peu importe, en termes de régularité de la procédure, qu'une personne ait assisté ou non à une séance antérieure.

La feuille d'audience de la Commission d'appel du Service du contrôle médical est un acte authentique qui ne peut être contesté que par accusation de faux ou plainte pour faux. Étant donné que le requérant n'a pas engagé ces procédures, la mention relative à la reprise *ab initio* de l'affaire doit être considérée comme étant compatible avec la réalité.

Tant la Cour d'arbitrage que la Cour de cassation ont reconnu le caractère de principe général du droit de la règle exprimée dans l'article 2, alinéa 2, du Code pénal. (Cour d'arbitrage n° 76/99 du 30.06.1999 ; Cass. 18.02.2002, ARS01.0138N)

L'article 2, alinéa 2, du Code pénal stipule notamment que si la peine prévue par la nouvelle loi au moment du prononcé du jugement est plus clémente que la peine qui était prévue dans l'ancienne loi au moment de l'infraction, la nouvelle loi doit en l'occurrence être appliquée.

Selon l'article 156 de la loi coordonnée, les Chambres restreintes et, en appel, la Commission d'appel pouvaient, au moment de l'infraction, "interdire aux organismes assureurs, pour une période allant de cinq jours à un an, l'intervention dans le coût des prestations de santé lorsqu'elles avaient été dispensées par un dispensateur de soins qui ne s'était pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités".

L'article 29, 4°, de la loi-programme (II) du 24 décembre 2002 a abrogé cette disposition. Cette abrogation est entrée en vigueur le 15 février 2003, c'est-à-dire après que la Commission avait mis le procès en délibéré mais avant le jugement.

Une autre sanction administrative est applicable à partir du 15 février 2003. L'amende administrative remplace l'interdiction de l'intervention de l'assurance et constitue une sanction plus légère.⁵⁰

La partie défenderesse y oppose vainement la disposition transitoire de l'article 48 de la loi-programme (II) du 24 décembre 2002 en vertu de laquelle, dans sa nouvelle version, l'article 216, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, stipule notamment que "les Commissions d'appel visées à l'article 155, alinéa 3, demeurent saisies des appels pour lesquels l'appelant ou son conseil, a déjà comparu devant elles avant l'abrogation de l'article 156".

Cette disposition concerne uniquement une question de droit formel (la compétence de la juridiction). La question quant à la sanction à infliger (droit matériel) demeure intacte.

Si l'objectif avait été de permettre aux Commissions d'appel d'encore prononcer des interdictions d'intervention de l'assurance dans des affaires en cours également après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, la disposition transitoire aurait dû le spécifier clairement, ce qui n'est nullement le cas.

Après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi prévoyant une sanction plus légère, c'est-à-dire à partir du 15 février 2003, la Commission d'appel n'aurait plus pu statuer sur la base des débats antérieurs. Elle aurait dû rouvrir les débats afin de permettre à l'appelant de se défendre utilement dans le contexte de l'application de la nouvelle sanction.

50. Voir C.E., 28.06.2007, n° 172.919, R. ; C.E., 28.06.2007, n° 172.920, M. ; C.E., 28.06.2007, n° 172.922, V. ; C.E., 28.06.2007, n° 172.921, J.

Le principe général du droit relatif aux droits de la défense ne relève pas de l'ordre public. La méconnaissance de ce droit ne peut donc pas non plus être invoquée pour la première fois dans le mémoire en réplique.

(annulation et renvoi)

48. Conseil d'État (7^e ch.), V.L., arrêt n° 168.369⁵¹ du 1^{er} mars 2007

Conseil d'État – Pouvoir juridictionnel – Pourvois en cassation / Article 156, 1^{er} alinéa, de la loi coordonnée – Faculté d'appréciation / Principe général du droit – Non bis in idem – Hiérarchie des normes juridiques

La Commission d'appel dont la décision est contestée est une juridiction administrative. En vertu de l'article 14, § 2, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, la section du contentieux administratif du Conseil d'État statue par voie d'arrêts sur les recours en cassation formés contre les décisions rendues par les juridictions, à moins qu'une disposition légale ne limite cette compétence.

L'article 156, 1^{er} alinéa, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel qu'applicable au moment des faits, stipulait ce qui suit :

“Sans préjudice des poursuites pénales et disciplinaires éventuelles et indépendamment des dispositions des conventions ou des engagements prévus au titre III, les Chambres restreintes visées à l'article 141, § 2, peuvent interdire aux organismes assureurs, pour une période allant de cinq jours à un an l'intervention dans le coût des prestations de santé lorsqu'elles sont dispensées par un dispensateur de soins qui ne se conforme pas aux dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.”

L'utilisation dans le premier alinéa du terme “peuvent” implique, sauf disposition contraire, que l'organe compétent n'est pas obligé d'infliger une sanction mais qu'il dispose d'une faculté d'appréciation.

L'expression “sans préjudice” souligne l'intention manifeste du législateur d'autoriser le cumul de sanctions administratives, d'une part, et de sanctions pénales et disciplinaires, d'autre part.

Dans la hiérarchie des normes juridiques, le principe “non bis in idem” comme principe général du droit est subordonné à la loi. Le principe ne peut cependant être déduit de l'article 6 de la CEDH.

Bien que la Commission d'appel dispose, en ce qui concerne le prononcé d'une interdiction d'intervention de l'assurance, d'une large faculté d'appréciation, sa décision de prononcer cette sanction doit reposer sur des motifs acceptables en droit. Elle ne peut motiver son refus d'infliger cette sanction en invoquant un principe général qui n'est pas applicable. En décidant autrement, la Commission d'appel a méconnu ce principe général du droit et n'a pas légalement motivé l'annulation de l'interdiction imposée par la Chambre restreinte.

(annulation partielle et rejet pour le surplus)

51. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 13.05.2003 ; B.I. - INAMI, 2007/2, p. 217.

49. Conseil d'État (7^e ch.), V.D.S., arrêt n° 170.603⁵² du 26 avril 2007

Prestations non conformes – Récupération / Moyen reposant sur un arrêté annulé / Conseil d'État – Compétence – Légalité de la décision proposée par la Commission d'appel / Droits de la défense / Recevabilité d'un nouveau moyen

Conformément à l'ancien article 156, alinéa 2, de la loi coordonnée, les Chambres restreintes peuvent récupérer auprès du dispensateur de soins les dépenses relatives aux prestations à charge de l'assurance soins de santé et indemnités qui ont été jugées non conformes aux dispositions légales et réglementaires.

La question de savoir qui a perçu les sommes pour les prestations non conformes n'est pas pertinente.

Lorsqu'un arrêté royal a été annulé par le Conseil d'État, il est censé ne jamais avoir existé. Il n'est dès lors plus possible de s'y référer. Un moyen reposant sur un arrêté annulé ne peut donc aboutir à l'annulation de la décision contestée.

Il revient uniquement au Conseil d'État de se prononcer sur la légalité de la décision de la Commission d'appel qui lui est soumise. Le Conseil d'État ne peut se prononcer sur l'éventuelle absence de sanctions vis-à-vis d'autres dispensateurs de soins qui auraient commis les mêmes infractions. La Commission n'avait pas été saisie pour une procédure contre ces personnes.

Les droits de la défense ne sont pas violés lorsque le dispensateur de soins est précisément informé au sujet du non-respect de ses obligations légales.

Des moyens touchant à l'ordre public doivent en principe être développés dans la requête, en vue de préserver les droits de la défense des autres parties.

Un moyen qui ne désigne pas de règle de droit violée ou qui est à peine étayé n'est pas recevable.

(rejet)

50. Conseil d'État (7^e ch.), R., arrêt n° 172.919⁵³ du 28 juin 2007

Article 2, alinéa 2, du Code pénal – Principes généraux du droit – Application de la nouvelle loi plus clément

Tant la Cour constitutionnelle que la Cour de cassation ont reconnu le caractère du principe général du droit de la règle exprimée dans l'article 2, alinéa 2, du Code pénal (Cour d'arbitrage n° 76/99 du 30.06.1999 ; Cass. 18.02.2002, ARS01.0138N).

52. Pourvoi en cassation contre la décision de la Commission d'appel du 29.06.2001 ; B.I. - INAMI, 2007/3, p. 372.

53. Pourvoi en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 26.09.2006 ; voir aussi : C.E. (7^e ch.), 28.06.2007, n° 172.920, M., C.E. (7^e ch.), 28.06.2007, n° 172.922, V. et C.E. (7^e ch.), 27.09.2007, n° 175.091, V.

L'article 2, alinéa 2, du Code pénal stipule notamment que si la peine prévue par la nouvelle loi au moment du prononcé du jugement est plus clément que la peine qui était prévue dans l'ancienne loi au moment de l'infraction, la nouvelle loi doit en l'occurrence être appliquée.

À partir du 15 février 2003, l'amende administrative remplace l'ancienne interdiction de l'intervention de l'assurance et constitue une sanction plus légère.

Si l'objectif avait été de permettre à la Chambre de recours d'encore autoriser la récupération intégrale ou partielle auprès du dispensateur de soins des dépenses relatives aux prestations prises en charge par l'assurance soins de santé et invalidité dans des affaires en cours également après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, la disposition transitoire aurait dû le spécifier clairement, ce qui n'est nullement le cas.

(annulation et renvoi)

51. Conseil d'État (7^e ch.), J., arrêt n° 172.921⁵⁴ du 28 juin 2007

INAMI – Pourvoi en cassation / Article 2, alinéa 2, du Code pénal – Principes généraux du droit – Application de la nouvelle loi plus clément

La Chambre de recours n'est pas un organe propre au Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Il s'agit d'une juridiction administrative instituée auprès de ce Service, un organe juridictionnel dont l'indépendance vis-à-vis de l'INAMI a été voulue par le législateur. La Chambre de recours n'est pas tenue de justifier ses décisions à l'INAMI. Peu importe si les membres du secrétariat ont été désignés par le médecin-directeur général du Service d'évaluation et de contrôle médicaux parmi le personnel de ce Service. En effet, les membres du secrétariat ne participent pas à la prise des décisions de la Chambre de recours et n'exercent aucune influence sur ces décisions.

L'INAMI était partie devant la Chambre de recours. Il a donc la faculté de requérir la cassation de la décision prise par cette juridiction.

Tant la Cour constitutionnelle que la Cour de cassation ont reconnu le caractère du principe général du droit de la règle exprimée dans l'article 2, alinéa 2, du Code pénal (Cour d'arbitrage n° 76/99 du 30.06.1999 ; Cass. 18.02.2002, ARS01.0138N).

L'article 2, alinéa 2, du Code pénal stipule notamment que si la peine prévue par la nouvelle loi au moment du prononcé du jugement est plus clément que la peine qui était prévue dans l'ancienne loi au moment de l'infraction, la nouvelle loi doit en l'occurrence être appliquée.

À partir du 15 février 2003, l'amende administrative remplace l'ancienne interdiction de l'intervention de l'assurance et constitue une sanction plus légère.

Si l'objectif avait été de permettre à la Chambre de recours d'encore autoriser la récupération intégrale ou partielle auprès du dispensateur de soins des dépenses relatives aux prestations prises en charge par l'assurance soins de santé et invalidité dans des affaires en cours également après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, la disposition transitoire aurait dû le spécifier clairement, ce qui n'est nullement le cas.

(annulation et renvoi)

54. Pourvoi en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 12.10.2006.

52. Conseil d'État (7^e ch.), V.D., arrêt n° 176.303⁵⁵ du 29 octobre 2007

Article 174, 6°, de la loi coordonnée – Champ d'application / Délai raisonnable – Faculté d'appréciation du Conseil d'État / Chambre de recours – Jurisdiction administrative – Pleine jurisdiction / Importance / Recevabilité d'un nouveau moyen

L'article 174, 6°, de la loi coordonnée régit uniquement les rapports entre l'organisme assureur et ses assurés. La récupération par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux auprès d'un dispensateur de soins ne tombe pas sous le champ d'application du délai de prescription prévu à l'article 174 de la loi coordonnée.

Le requérant argue que les prestations qui font l'objet de la procédure INAMI ont été dispensées au cours de la période du 15 mai 2000 au 2 septembre 2002 inclus, que les procès-verbaux de constatation datent des 24 avril 2002, 3 mai 2002, 2 septembre 2002 et 8 novembre 2002, que la décision du Comité est intervenue le 31 mars 2006, c'est-à-dire plus de trois ans et demi après le dernier procès-verbal de constatation et que la Chambre de recours s'est prononcée le 8 février 2007, soit plus de quatre ans après le dernier procès-verbal de constatation.

Le Conseil d'État, en qualité de juge de cassation administrative, ne doit pas contrôler si, au moment où la décision qui lui est soumise a été prise, le délai raisonnable a été dépassé. Lorsque le Conseil d'État statue comme juge de cassation administrative, il ne peut que contrôler si le juge du fond a pu légalement déduire des données qu'il juge intangibles que le délai raisonnable n'a pas expiré.

Lorsque le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux inflige une amende administrative et/ou prononce le remboursement de la valeur des prestations, il intervient comme organe d'administration et pas comme jurisdiction administrative. La Chambre de recours se prononce comme jurisdiction en première et dernière instance, avec pleine jurisdiction. En cas de recours contre la décision du Comité, le dossier est soumis dans son intégralité à la Chambre de recours qui jouit pleinement de la faculté d'appréciation tant dans les faits que dans le droit. Sa propre décision se substitue à celle du Comité, que le recours soit accepté ou rejeté.

Même si la Chambre de recours avait annulé la décision du Comité sur la base des motifs avancés par le requérant, elle n'aurait pas pu renvoyer le dossier au Comité mais elle aurait elle-même dû se prononcer sur le recours du requérant étant donné que, comme juge d'instruction de première instance, elle y était tenue du fait du recours introduit auprès d'elle.

Un moyen est jugé irrecevable lorsque la partie qui l'oppose n'y a aucun intérêt.

Il n'incombe pas au Conseil d'État de contrôler dans quelle mesure l'action du requérant peut être justifiée à la lumière de la nomenclature prétendue imprécise. Comme juge de cassation administrative, il ne peut que contrôler la légalité de la décision de la Chambre de recours. Lorsque le Conseil d'État, en qualité de juge de cassation, contrôle la légalité d'une décision jurisdictionnelle, il n'intervient pas comme juge de cassation qui, à la demande du plaignant, va statuer sur la véritable portée des faits.

55. Pourvoi en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 08.02.2007 ; B.I. - INAMI, 2008/1, p. 22.

Un moyen ne peut être invoqué pour la première fois devant le juge de cassation s'il ne touche pas à l'ordre public.

(rejet)

53. Conseil d'État (7^e ch.), V.D.M., arrêt n° 204.604⁵⁶ du 3 juin 2010

Choix du patient – Liberté thérapeutique / Conseil d'État – Pouvoir juridictionnel – Violation de la loi / Faculté d'appréciation de la Chambre de recours – Plein pouvoir juridictionnel / Délai raisonnable

Le choix du patient et la liberté thérapeutique ont trait à la prestation et pas à la possibilité de la porter en compte conformément à la nomenclature.

Le Conseil d'État peut casser une décision de la Chambre de recours si elle a été prise en violation de la loi. La décision de la Chambre de recours ne peut pas être cassée si elle méconnaît la jurisprudence du Conseil d'État.

La Chambre de recours prend de plein droit connaissance des recours introduits. La Chambre de recours a une compétence de pleine juridiction à l'égard aussi bien des faits que du droit. Elle ne peut cependant donner d'interprétation générale contraignante. Il revient à la Chambre de recours, dans les affaires dont elle est saisie, d'interpréter, si nécessaire, les dispositions légales et réglementaires applicables, parmi lesquelles la nomenclature des prestations de santé.

Le juge du fond apprécie souverainement quelle conséquence doit être liée au dépassement du délai raisonnable qu'il constate. Lorsqu'il décide d'accorder sur cette base une réduction de peine, il apprécie, en fait et sur la base des données concrètes de l'affaire, dans quelle mesure et sous quelles conditions cette réduction peut être accordée, à condition que cette réduction soit réelle et mesurable.

(rejet)

56. Pourvoi en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 10.09.2009 ; B.I. – INAMI, 2010/2-3, p. 247.

54. Conseil d'État (7^e ch.), F., arrêt n° 207.751⁵⁷ du 30 septembre 2010

Article 174 de la loi coordonnée / Absence d'opposition du médecin - Conseil⁵⁸ – Responsabilité du dispensateur de soins – Application de la nomenclature / Faculté d'appréciation du Conseil d'État / Recevabilité d'un nouveau moyen / Délai raisonnable

À l'époque de la décision contestée, l'article 174 de la loi coordonnée stipulait ce qui suit : "(...) 6/ L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées ; (...) 10/ pour l'application de l'article 142, § 1^{er}, les constatations doivent, à peine de nullité, intervenir dans les deux ans : a) à compter du jour où les documents relatifs aux faits litigieux sont reçus par les organismes assureurs ; (...) Pour interrompre une prescription prévue au présent article, une lettre recommandée à la poste suffit. L'interruption peut être renouvelée. (...)".

L'article 174 de la loi coordonnée ne dispose pas que le délai de deux ans vaut aussi pour l'introduction d'une affaire auprès du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

L'article 174 de la loi coordonnée règle uniquement les relations entre l'organisme assureur et son assuré.

L'article 8, § 7, 3^o, de la nomenclature des prestations de santé stipule entre autres que, l'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées, sauf opposition du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseils ; l'opposition du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseils entraîne le refus d'intervention pour toutes les prestations effectuées à partir de la date de la notification de cette opposition au bénéficiaire, jusqu'à ce qu'une autre décision intervienne éventuellement. Cette disposition de la nomenclature fait expressément mention de la notification de l'opposition au bénéficiaire.

Cette disposition concerne uniquement l'intervention de l'assurance-maladie dans les prestations en question et il ne peut, en droit, en être déduit que, en l'absence de cette opposition, la nomenclature a été correctement appliquée par le praticien de l'art infirmier.

Selon cette disposition, l'intervention de l'assurance-maladie est due "sauf opposition". Cette intervention est due au patient et pas au dispensateur de soins. Il inclut donc une garantie pour le patient mais n'a pas d'incidence sur la responsabilité du praticien de l'art infirmier en ce qui concerne l'application des critères d'évaluation.

L'article 8, § 7, de la nomenclature des prestations de santé n'empêche pas les organes de contrôle de l'INAMI d'intervenir, au-delà du délai d'opposition, à l'encontre des praticiens de l'art infirmier qui n'ont pas appliqué correctement l'échelle d'évaluation.

La circonstance selon laquelle le médecin-conseil ne fait pas opposition ne dispense pas le praticien de l'art infirmier de l'obligation qu'il a de ne porter en compte des honoraires forfaitaires que pour autant que les conditions fixées dans la nomenclature des prestations de santé en matière de dépendance physique aient été respectées. L'absence d'opposition du médecin-conseil n'ôte en rien le caractère répréhensible des faits constatés.

57. Pourvoi en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 14.12.2009 ; B.I. – INAMI, 2010/2-3, p. 253.

58. Voir aussi C.E., 29.06.2004, n° 133.337, D.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux est dès lors bel et bien compétent pour mener une enquête quant à la réalité et à la conformité des prestations effectuées par un dispensateur de soins, même si le médecin-conseil d'un organisme assureur ne s'est pas opposé à l'intervention de l'assurance.

Le Conseil d'État ne peut annuler la décision du juge du fond que si cette décision a été prise en violation de la loi ou en violation de formalités prescrites substantielles ou prescrites à peine de nullité. Selon l'article 14, § 2, de la loi sur le Conseil d'État, en cas de pourvoi en cassation, la section du contentieux administratif du Conseil d'État n'intervient pas dans l'affaire même.

Un moyen ne peut être invoqué pour la première fois devant le juge de cassation s'il n'est pas d'ordre public.

Le délai raisonnable est apprécié *in concreto*, sur la base des données factuelles de l'affaire.

(rejet)

2^e Partie

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



4^e trimestre 2011

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Prélèvement sur les spécialités pharmaceutiques remboursables

La loi-programme règle la perception de prélèvements sur le chiffre d'affaires réalisé pour les spécialités pharmaceutiques remboursables pour l'année 2012¹.

Le prélèvement de base instauré depuis 2006 est encore perçu en 2012. Il s'élève à 6,73 %. La poursuite de cette mesure en 2012 permet d'assurer la continuité de la politique budgétaire menée les années précédentes. En effet, initialement (soit en 2006), ce prélèvement était de 9,73 % et depuis 2010, il est fixé à 6,73 %.

Vu la conjoncture budgétaire actuelle, la cotisation de 1 % est également maintenue. Elle aussi a pour objectif de faire participer les firmes pharmaceutiques à la maîtrise du budget.

2. Accords sociaux

a. Accord social de 2000

Pour octroyer aux Fonds Maribel social créés pour les différents secteurs concernés par l'exécution de l'accord social de 2000 les moyens financiers nécessaires, l'arrêté royal du 2 décembre 2011² prévoit un montant de 50 955 685 EUR.

Ce montant se subdivise comme suit :

- secteur privé des soins infirmiers à domicile : 32 509 239 EUR
- secteur public des soins infirmiers à domicile : 988 573 EUR
- services de la Croix rouge : 8 136 784 EUR
- maisons médicales : 9 321 089 EUR.

1 Loi du 28.12.2011 portant des dispositions diverses, M.B. du 30.12.2011 (Ed. 4), p. 81644, art. 10-14.

2 A.R. du 02.12.2011 fixant le montant destiné au paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le Gouvernement fédéral en 2000 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, les maisons médicales et par la Croix-Rouge, pour l'année calendrier 2011, M.B. du 15.12.2011 (Ed. 2), p. 74529.

b. Accord social de 2005

Pour octroyer aux Fonds Maribel social créés pour les différents secteurs concernés par l'exécution de l'accord social de 2005 les moyens financiers nécessaires, l'arrêté royal du 2 décembre 2011³ prévoit un montant de 12 742 203 EUR.

Cet accord social prévoit différentes mesures. La répartition financière est la suivante :

Prime d'attractivité : 8 075 454 EUR

- secteur privé des soins infirmiers à domicile : 6 425 930 EUR
- secteur public des soins infirmiers à domicile : 195 327 EUR
- services de la Croix rouge : 662 126 EUR
- maisons médicales : 792 071 EUR.

Création d'emplois : 4 188 385 EUR

- Secteur privé des soins infirmiers à domicile et secteur de l'aide à domicile : 4 136 030 EUR
- Secteur public des soins infirmiers à domicile : 52 355 EUR.

Supplément pour la nuit du dimanche : il passe de 50 à 56 %, le montant disponible est de 227 326 EUR, répartis comme suit :

- Secteur privé des soins infirmiers à domicile : 219 373 EUR
- Secteur public des soins infirmiers à domicile : 6 647 EUR
- Services de la Croix rouge : 1 306 EUR.

Complément de fonction pour infirmierchef dans un service de soins infirmiers à domicile : 251 038 EUR

- Secteur privé des soins infirmiers à domicile : 243 655 EUR
- Secteur public des soins infirmiers à domicile : 7 383 EUR.

c. Plan d'attractivité 2010

Le 4 mars 2010, un accord a été conclu entre le Gouvernement fédéral et les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs concernées pour la rémunération des prestations irrégulières. Le montant prévu dans l'objectif budgétaire pour 2011 est le même que celui pour 2010. L'indexation engendre un montant supplémentaire de 25 398 EUR, ce qui donne un total de 781 948 EUR⁴.

La ventilation entre le secteur privé et le secteur public est la suivante :

- Secteur privé des soins infirmiers à domicile : 693 748 EUR
- Secteur public des soins infirmiers à domicile : 21 018 EUR
- Maisons médicales : 67 182 EUR.

3. A.R. du 02.12.2011 fixant le montant destiné au paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le Gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, les maisons médicales et par la Croix-Rouge, pour l'année calendrier 2011, M.B. du 15.12.2011 (Ed. 2), p. 74528 et A.R. du 02.12.2011 fixant le montant destiné au paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le Gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, les maisons médicales et par la Croix-Rouge, pour l'année calendrier 2011, M.B. du 15.12.2011 (Ed. 2), p. 74525.

4. A.R. du 02.12.2011 fixant le montant en vue du paiement d'une prime supplémentaire pour les prestations irrégulières, prévu dans l'accord du 04.03.2010 qui a été signé par le Gouvernement fédéral et les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs, et qui s'inscrit dans le cadre du plan d'attractivité de la profession de praticien de l'art infirmier pour le secteur des soins infirmiers à domicile et les maisons médicales, pour l'année civile 2011, M.B. du 15.12.2011 (Ed. 2), p. 74527.

d. Accord social de 2011

Une prime supplémentaire pour la création d'emplois et pour les prestations inconfortables a été instaurée pour certains secteurs fédéraux des soins de santé, pour autant qu'il s'agisse de travailleurs occupés dans le secteur des soins infirmiers à domicile, des maisons médicales et des maisons de soins psychiatriques⁵.

CRÉATION D'EMPLOIS : 6 861 860 EUR

- Secteur public des maisons de soins psychiatriques : 245 000 EUR
- Secteur privé des soins infirmiers à domicile : 4 097 360 EUR
- Secteur public des soins infirmiers à domicile : 196 000 EUR
- Secteur privé des maisons médicales : 2 250 000 EUR
- Secteur public des maisons médicales : 73 500 EUR.

PRESTATIONS INCONFORTABLES 50 000 EUR

- Secteur privé des soins infirmiers à domicile : 48 525 EUR
- Secteur public des soins infirmiers à domicile : 1 475 EUR.

3. Comité général de gestion

Le règlement d'ordre intérieur du Comité général de gestion de l'INAMI a été modifié le 12 décembre 2011⁶. Ces modifications visent à mettre en pratique des recommandations de la Cour des comptes concernant la réglementation sur les marchés publics.

Les montants maximaux relatifs aux marchés publics sont adaptés en fonction des nouveaux montants et les montants sont convertis en EUR.

En outre, le règlement d'ordre intérieur est modifié afin :

- De faire correspondre la terminologie utilisée dans ledit règlement à celle de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et aux modalités et délais qui sont actuellement applicables
- De supprimer toute référence à la cellule administrative (qui a été supprimée le 01.06.2001)
- De se préparer, en ce qui concerne l'organisation des réunions, à la nouvelle procédure de diffusion des documents, à savoir par voie électronique.

4. Prélèvements pharmaceutiques

Pour compenser l'éventuel dépassement du budget prévu dans les estimations pour une année donnée, une cotisation subsidiaire sous forme d'acompte et de décompte a été instaurée à charge des firmes pharmaceutiques dont des spécialités pharmaceutiques sont inscrites sur la liste. Ce prélèvement se limite à 100 millions d'EUR par an maximum.

5. A.R. du 02.12.2011 fixant le montant en vue du paiement d'une prime supplémentaire pour les prestations irrégulières et la création de l'emploi supplémentaire, prévu dans l'accord du 04.02.2011 et du 25.02.2011 qui ont été signés par le Gouvernement fédéral et les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs des secteurs de soins fédéraux pour le secteur des soins infirmiers à domicile, les maisons médicales et les maisons de soins psychiatriques pour l'année civile 2011, M.B. du 15.12.2011 (Ed. 2), p. 74526.

6. A.R. du 18.11.2011 modifiant l'annexe de l'A.R. du 08.12.1999 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Comité général de gestion de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, M.B. du 12.12.2011 (Ed. 2), p. 72948.

Le pourcentage à appliquer au chiffre d'affaires pour calculer l'acompte et le décompte ainsi que la méthode appliquée pour les exceptions dans le cas de certaines spécialités pharmaceutiques (notamment les médicaments dans le cadre du forfait) ont été déterminés pour 2011.

La méthode de calcul utilisée pour exonérer les médicaments relevant du forfait est la même pour cet acompte que pour le solde de la cotisation subsidiaire pour 2011. Le mode de calcul pour les spécialités relevant du forfait en hôpital reste la même, tant pour l'acompte que pour le solde de la cotisation subsidiaire 2011⁷.

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Régime du tiers payant social

La procédure administrative d'application du régime du tiers payant a été simplifiée le 1^{er} juillet 2011⁸.

En effet, pour encourager et simplifier l'application du régime du tiers payant, la réglementation prévoit une procédure uniforme pour tous les cas où le généraliste applique le tiers payant en faveur de certaines catégories sociales, comme c'est le cas actuellement, mais aussi pour les autres cas où il peut appliquer le tiers payant, comme le dossier médical global, les prestations techniques, etc.

Pour ce faire, le champ d'application du délai de paiement qui vaut en cas de "tiers payant social" a été élargi à toutes les prestations des médecins généralistes. En outre, le délai de paiement est fixé à 30 jours à compter du jour suivant la date de réception de l'attestation de soins donnés par l'organisme assureur. Auparavant, le paiement devait être effectué au plus tard au cours du mois qui suivait celui au cours duquel l'organisme assureur avait reçu l'attestation de soins.

b. Intervention personnelle pour la consultation chez le médecin généraliste

Le calcul de l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires des consultations chez le médecin généraliste et dans les suppléments est plus simple depuis le 1^{er} décembre 2011⁹. Dorénavant seule subsiste la distinction entre les patients ayant un dossier médical global (DMG) et ceux qui n'en ont pas.

Pour les consultations, l'intervention personnelle est limitée à :

- 1 EUR pour les bénéficiaires du régime préférentiel ayant un DMG
- 1,50 EUR pour les bénéficiaires du régime préférentiel sans DMG
- 4 EUR pour les bénéficiaires sans régime préférentiel ayant un DMG
- 6 EUR pour les bénéficiaires sans régime préférentiel et sans DMG.

7. A.R. du 30.11.2011 fixant le pourcentage de l'acompte de la cotisation subsidiaire prévue par l'art. 191, al. 1^{er}, 15^e *undecies* de la loi SSI, et déterminant les modalités d'exonérations pour certaines spécialités pharmaceutiques. - Année 2011, M.B. du 09.12.2011 (Ed. 2), p. 72348.

8. A.R. du 13.11.2011 modifiant l'A.R. du 10.10.1986 portant exécution de l'art. 53, § 1^{er}, al. 9, de la loi SSI, M.B. du 23.11.2011, p. 69263.

9. A.R. du 02.10.2011 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 18.10.2011, p. 63700 et A.R. du 03.10.2011 modifiant l'art. 37 *bis* de la loi SSI, M.B. du 18.10.2011, p. 63701.

L'intervention personnelle pour le supplément d'honoraires pour les consultations la nuit, le samedi, le dimanche ou les jours fériés est supprimée.

c. Malades chroniques

Depuis le 28 novembre 2011, il existe une intervention forfaitaire pour les bénéficiaires qui souffrent d'une forme incurable d'incontinence mais qui n'entrent pas en ligne de compte pour l'actuel forfait incontinence vu le critère de dépendance à remplir (forfait B ou C)¹⁰. Cette mesure fait partie d'une série de mesures proposées par le Comité consultatif en matière de dispensation de soins pour des maladies chroniques et pour des pathologies spécifiques en vue d'une meilleure prise en charge des patients atteints d'incontinence, dans le cadre du programme "Priorité aux malades chroniques" proposé par la ministre.

2. Dispensateurs de soins

a. Médecins

La réglementation sur la diminution du ticket modérateur pour le bénéficiaire ayant un dossier médical global ne contient aucune disposition relative aux regroupements de médecins généralistes. Cette situation a changé le 1^{er} janvier 2011¹¹.

Les adaptations portent sur le concept de regroupement de médecins généralistes tel que défini par l'arrêté royal du 15 septembre 2006¹². On parle de regroupement lorsqu'au moins 2 médecins généralistes agréés confirment, dans un accord de collaboration écrit, qu'ils collaborent, soit sur le même lieu d'installation, soit sur différents lieux d'installation se trouvant dans la même zone de médecins généralistes ou dans deux zones voisines.

- L'actuel droit à la diminution de 30 % du ticket modérateur est étendu aux prestations de tous les médecins généralistes d'un même regroupement enregistré par l'INAMI
- Actuellement, la prolongation administrative du DMG est possible à condition que le gestionnaire du DMG ait attesté un contact avec le bénéficiaire au cours de l'année à prolonger. Dorénavant, cette condition s'appliquera à tous les contacts avec les généralistes autres que le gestionnaire du DMG mais membres du même regroupement enregistré.

b. Kinésithérapeutes

Pour 2010, le Service des soins de santé de l'INAMI verse à chaque kinésithérapeute qui remplit les conditions¹³ un montant de 1 403,42 EUR pour le régime des avantages sociaux.

10. A.R. du 07.10.2011 modifiant l'A.R. du 02.06.1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence visé à l'art. 34, 14°, de la loi SSI, M.B. du 18.11.2011 (Ed. 2), p. 68658.

11. A.R. du 17.10.2011 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 16.11.2011, p. 68370, A.R. du 17.10.2011 modifiant l'A.R. du 18.02.2004 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes agréés pour la gestion du dossier médical global, M.B. du 16.11.2011, p.68374 et A.R. du 17.10.2011 modifiant l'art. 37bis de la loi SSI, M.B. du 16.11.2011, p.68382.

12. A.R. du 15.09.2006 portant création d'un Fonds d'Impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement, M.B. du 28.09.2006, p. 50289.

13. A.R. du 30.11.2011 modifiant l'A.R. du 23.01.2004, instituant un régime d'avantages sociaux pour certains kinésithérapeutes, M.B. du 13.12.2011, p. 73130.

c. Pharmaciens

STATUT SOCIAL

Le montant du statut social pour les pharmaciens est indexé. Par conséquent, il est fixé à 2 599,80 EUR pour 2010¹⁴. Ce montant est réduit :

- À 1 949,85 EUR si la durée moyenne de travail hebdomadaire atteint 28 heures par semaine sur une base annuelle mais qu'elle est inférieure à 38 heures par semaine sur une base annuelle
- À 1 299,90 EUR si la durée moyenne de travail hebdomadaire atteint 19 heures par semaine sur une base annuelle mais qu'elle est inférieure à 28 heures par semaine sur une base annuelle.

PRÉPARATIONS MAGISTRALES

Depuis le 1^{er} décembre 2011, les pharmaciens ont droit à des honoraires uniques pour des préparations dermatologiques¹⁵. L'intervention de l'assurance qui était en vigueur avant l'instauration de ces honoraires était jugée insuffisante. L'octroi de ces honoraires est motivé, d'une part, par la difficulté de la préparation dermatologique et, d'autre part, par la forte hausse du temps que le pharmacien y consacre, temps qui n'est pas proportionnel à la quantité de produit.

d. Centres de soins de jour

Le 1^{er} janvier 2012, des mesures contribuant à un meilleur encadrement des personnes atteintes de démence avec perte limitée d'autonomie physique et des patients en soins palliatifs sont entrées en vigueur¹⁶.

- Actualisation de la liste des prestations incluses dans le forfait, prestations dispensées dans les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour
- Ouverture des centres de soins de jour à toutes les personnes atteintes de démence, quel que soit leur degré d'autonomie physique
- Instauration d'une disposition qui prévoit la création de centres de soins de jour pour patients en soins palliatifs.

Les conventions relatives à l'intervention de l'assurance soins de santé dans des projets en matière de soins palliatifs de jour sont prolongées jusqu'au 31 décembre 2011 en attendant l'ouverture de centres de soins de jour pour patients en soins palliatifs¹⁷.

14. A.R. du 30.11.2011 modifiant l'A.R. du 18.03.1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains pharmaciens, M.B. du 13.12.2011, p. 73129.

15. A.R. du 17.10.2011 modifiant l'A.R. du 12.10.2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés, M.B. du 16.11.2011, p. 68375.

16. A.R. du 17.10.2011 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 07.11.2011 (Ed. 3), p. 67325.

17. A.R. du 16.09.2011 modifiant l'A.R. du 08.12.2006 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé en faveur de projets de soins palliatifs de jour, M.B. du 05.10.2011, p. 61893.

3. Prestations

a. Médecins

MÉDECINE GÉNÉRALE

Depuis le 1^{er} février 2012, il est possible de faire appel à un médecin généraliste en cas de problème somatique aigu ou chronique chez un malade hospitalisé en hôpital psychiatrique¹⁸. L'étroite collaboration entre le médecin généraliste et le psychiatre du patient est organisée à l'aide du dossier hospitalier du patient.

Le médecin spécialiste en psychiatrie fera en priorité appel au médecin traitant du patient, à raison de deux fois par mois maximum, soit 12 fois par an maximum.

Les honoraires peuvent être perçus de trois manières différentes :

- De manière classique, par le médecin, via l'attestation de soins donnés et la perception des honoraires sur place
- Par l'application du régime du tiers payant
- Par la perception centralisée des honoraires sur une base volontaire, d'un commun accord entre le médecin généraliste concerné et l'hôpital.

PRESTATIONS TECHNIQUES MÉDICALES

Depuis le 1^{er} juillet 2009, date à laquelle le frottis de dépistage du col de l'utérus n'est plus remboursable qu'une fois tous les deux ans, des problèmes d'interprétation de l'expression "par an" se sont posés¹⁹. Un arrêté royal stipule, avec effet rétroactif à la même date, que par "année", il faut attendre année civile²⁰.

À partir du 1^{er} janvier 2012, la valeur de la prestation "ablation ou destruction, quel que soit le procédé utilisé, de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure" diminue²¹.

Les prestations relatives aux implants actifs sont modifiées au 1^{er} janvier 2012. Il s'agit des neurostimulateurs, des stimulateurs cardiaques, des DCI, etc.²² Cette modification a permis d'uniformiser les prestations relatives à l'implantation et au remplacement d'implants actifs et à l'implantation et au remplacement d'électrodes ou de cathéters reliés à l'appareil.

En effet, auparavant les différentes prestations étaient dispersées dans la nomenclature, si bien que l'uniformité n'était pas garantie et que les remboursements pouvaient être différents d'une spécialité à l'autre alors que les techniques utilisées étaient similaires.

18. A.R. du 30.11.2011 modifiant l'A.R. du 10.10.1986 portant exécution de l'art. 53, § 1^{er}, al. 9, de la loi SSI, M.B. du 23.12.2011 (Ed. 2), p. 80401, A.R. du 30.11.2011 modifiant l'art. 2, J, 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 23.12.2011 (Ed. 2), p. 80403 et A.R. du 30.11.2011 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 23.12.2011 (Ed. 2), p. 80402.

19. B.I. - INAMI 2009/3-4, p. 388.

20. A.R. du 13.11.2011 modifiant les art. 3, § 1^{er}, B et C, II, et 32, § 1^{er}, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 12.12.2011 (Ed. 2), p. 72946.

21. A.R. du 17.10.2011 modifiant l'art. 11, § 1^{er}, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 16.11.2011, p. 68377.

22. A.R. du 26.10.2011 modifiant les art. 11, §§ 1^{er}, 4 et 5, 13, § 1^{er}, 14, b), e), et j), 15, § 8, 20, § 1^{er}, et 25, § 1^{er}, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 25.11.2011 (Ed. 3), p. 69951 et l'avis rectificatif, M.B. du 23.12.2011 (Ed. 2), p. 80404.

À la section 4 de la nomenclature, l'intitulé de l'article 13 est étendu. Depuis le 1^{er} janvier 2012, il comprend les spécialités suivantes : gériatrie, oncologie médicale, médecine d'urgence et médecine aiguë²³.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, les honoraires pour la prestation "Exérèse d'une tumeur de la peau ou des muqueuses ou d'une autre lésion directement accessible, par excision avec plastie et/ou greffe" en chirurgie plastique sont identiques à ceux pour la même prestation en dermatologie²⁴.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, une économie a été réalisée concernant les prestations de chirurgie correctrice des oreilles²⁵. Il s'agit des cas "d'oreilles décollées" qui peuvent, dans la plupart des cas, être considérés comme de la chirurgie esthétique.

En otorhinolaryngologie, la valeur de la prestation "tympanoscopie" a diminué le 1^{er} janvier 2012²⁶.

Les règles de connexité de l'article 20 sont aussi modifiées à partir du 1^{er} janvier 2012²⁷. Tout d'abord, certaines prestations peuvent désormais être attestées par le médecin spécialiste en oncologie médicale, le médecin spécialiste en médecine d'urgence, en médecine aiguë ainsi que par les médecins spécialistes porteurs d'un titre professionnel particulier en soins intensifs. En outre, certaines modifications sont apportées à la nomenclature de ces spécialités.

Les modifications suivantes ont été apportées en cardiologie le 1^{er} janvier 2012²⁸ :

- Adaptation des coefficients des trois prestations pour le contrôle d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur cardiaque implantable
- Ajout d'une resynchronisation pacemaker (CRT-P) pour la prestation de contrôle d'un DDD-PM
- Ajout d'une règle par laquelle, à chaque contrôle, la réalisation d'un électrocardiogramme est inclus. Cette prestation ne peut plus être cumulée le même jour avec un contrôle.

La valeur de deux prestations de dermatovénérologie est modifiée au 1^{er} janvier 2012²⁹.

- L'intervention pour la prestation "Ablation ou destruction quel que soit le procédé d'une tumeur superficielle de la peau bénigne ou maligne ou des muqueuses ou de toute autre lésion non traumatique directement accessible" devient identique à celle pour la prestation "Ablation ou destruction, quel que soit le procédé, de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure"
- Les honoraires de la prestation "Exérèse d'une tumeur de la peau ou des muqueuses ou d'une autre lésion directement accessible par excision avec suture" sont faiblement réduits.

23. A.R. du 07.10.2011 modifiant l'art. 13, § 1^{er}, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 07.11.2011 (Ed. 3), p. 67321.

24. A.R. de 17.10.2011 modifiant l'art. 14, c), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 16.11.2011, p. 68378.

25. A.R. du 17.10.2011 modifiant les art. 14, c) et i), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 16.11.2011, p. 68379.

26. A.R. du 17.10.2011 modifiant l'article 14, i), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 16.11.2011, p. 68380.

27. A.R. du 26.10.2011 modifiant l'art. 20, §§ 1^{er}, a) et c), et 2, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 25.11.2011 (Ed. 3), p. 69960 et l'avis rectificatif, M.B. du 19.12.2011 (Ed. 2), p. 78885.

28. A.R. du 17.10.2011 modifiant l'art. 20, § 1^{er}, e), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 16.11.2011, p. 68381.

29. A.R. du 07.10.2011 modifiant l'art. 21, § 1^{er}, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 07.11.2011 (Ed. 3), p. 67324.

La nomenclature en matière de physiothérapie change le 1^{er} janvier 2012³⁰.

- La rééducation après une intervention chirurgicale ou après un séjour dans un service de soins intensifs est rayée de la liste limitative des affections donnant lieu à une rééducation multidisciplinaire
- Concernant la rééducation multidisciplinaire, des séances plus courtes sont attestées si l'état du patient ne permet pas d'effectuer une séance d'une durée égale à celle fixée dans la liste limitative (de l'art. 23, § 11).

Depuis le 1^{er} janvier 2012, les gynécologues peuvent attester un supplément d'honoraires pour l'échographie du petit bassin si la prestation a été effectuée d'urgence ou pendant le weekend ou encore un jour férié³¹.

CHIRURGIE

Le traitement chirurgical d'une hernie a été modifié le 1^{er} janvier 2012³².

- La référence à la technique utilisée est supprimée du libellé en chirurgie abdominale. L'opération peut donc consister en une laparotomie ou une laparoscopie
- En outre, 4 prestations sont ajoutées tandis que d'autres sont supprimées.

IMAGERIE MÉDICALE

Depuis le 1^{er} février 2012, les radiologues peuvent attester certaines prestations du chapitre "traitement de la douleur chronique"³³. Concrètement, il s'agit de traitements interventionnels de pathologies du dos.

Ces prestations spécifiques d'imagerie médicale sont ajoutées au chapitre « traitement de la douleur chronique » de l'article 12 de la nomenclature.

Depuis le 1^{er} février 2012 également, la nomenclature de la radiologie comprend deux nouvelles prestations pour le cliché en 3D du massif facial³⁴. Le libellé des prestations existantes a été réécrit et deux nouvelles prestations ont été insérées parce que pour certaines indications (comme la sinusite chronique ou une pathologie inflammatoire), aucun moyen de contraste n'est nécessaire alors que dans la prestation originale, il en allait autrement.

À la demande des spécialistes concernés, le 1^{er} janvier 2012 un éclaircissement a été apporté pour la nomenclature concernant la coronarographie et le cathétérisme cardiaque³⁵, à la suite des problèmes d'interprétation de la nomenclature d'imagerie médicale pour cardiologie interventionnelle.

30. A.R. du 07.10.2011 modifiant l'art. 23 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 07.11.2011 (Ed. 3), p. 67322.

31. A.R. du 07.10.2011 modifiant l'art. 26, § 13, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 07.11.2011 (Ed. 3), p. 67323.

32. A.R. du 24.10.2011 modifiant les art. 14, d), 15, § 15 et 25, § 1^{er}, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 22.11.2011, p. 69109.

33. A.R. du 13.11.2011 modifiant les art. 12, §§ 1^{er}, e), 4, c) et d), 5 et 6, et 17 *ter*, A, 9^o, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 12.12.2011 (Ed. 2), p. 72945 et l'avis rectificatif, M.B. du 06.01.2012, p. 477.

34. A.R. du 07.11.2011 modifiant l'art. 17, § 1^{er}, 11^o et 12^o, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 06.12.2011, p. 71779.

35. A.R. du 26.10.2011 modifiant les art. 17, § 1^{er}, 17 *ter*, A et B, 20, § 1^{er}, e), 24, § 2, 25, §§ 1^{er} et 3, 26, §§ 9 et 12, et 34, § 1^{er}, a), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 25.11.2011 (Ed. 3), p. 69955 et A.R. du 19.12.2011 modifiant l'A.R. du 26.10.2011 modifiant les art. 17, § 1^{er}, 17 *ter*, A et B, 20, § 1^{er}, e), 24, § 2, 25, §§ 1^{er} et 3, 26, §§ 9 et 12, et 34, § 1^{er}, a), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28.12.2011, p. 80732.

Des modifications interviennent sur deux plans :

- Création de nouvelles prestations pour la coronarographie digitale
- Révision des prestations de coronarographie et de cathétérisme cardiaque.

RADIOTHÉRAPIE

La nomenclature prévoyant une intervention dans le coût de la brachythérapie pour cancer de la prostate a été modifiée le 1^{er} février 2012³⁶. Cette prestation ne peut plus être attestée pour des patients de la catégorie 8 traités par pose d'implants permanents (des grains radioactifs) pour le cancer de la prostate.

b. Praticiens de l'art dentaire

Dans le secteur de l'art dentaire, nous notons les modifications suivantes en matière d'attestation de soins donnés depuis le 1^{er} janvier 2012³⁷.

- Il est précisé quel numéro d'identification INAMI un praticien de l'art dentaire qui travaille aussi comme médecin doit utiliser sur l'attestation récapitulative
- Le Conseil technique dentaire est compétent pour décider pour quelles prestations de l'art dentaire le numéro de la dent doit être mentionné sur l'attestation. La liste des codes de l'art dentaire pour lesquels cette obligation vaudra est intégrée à la circulaire sur les tarifs pour les praticiens de l'art dentaire destinée aux organismes assureurs.

c. Accoucheuses

L'article 9a) de la nomenclature a été modifié le 1^{er} janvier 2012³⁸.

- Une distinction est désormais faite selon que les soins prénatals, la surveillance et l'assistance à la parturiente pendant la phase de travail, l'assistance en cas d'accouchement effectué par un médecin et les soins postnatals se déroulent :
 - à domicile
 - en milieu hospitalier
 - en dehors du domicile et du milieu hospitalier.
- Pour les prestations ambulatoires "surveillance et soins postnatals" à partir du jour de l'accouchement jusqu'au 5^e jour inclus suivant le jour de l'accouchement, il est précisé que ces prestations doivent être effectuées à domicile. Cette mesure vise à assurer le confort de la parturiente pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement en lui évitant de devoir se déplacer pour recevoir ces soins
- Pour les prestations "surveillance et soins postnatals", il est notamment stipulé qu'elles incluent l'examen postnatal de la mère et de l'enfant (anamnèse, évaluation clinique, mesure et suivi des paramètres nécessaires, et autres observations). Un compte rendu de ces observations et du plan de soins sera conservé dans le dossier de grossesse
- L'interdiction de cumul pour les soins remboursables effectués le même jour par un praticien de l'art infirmier et par une accoucheuse est levée.

36. A.R. du 30.11.2011 modifiant l'art. 18, § 1^{er}, A, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 20.12.2011 (Ed. 2), p. 79072.

37. Règlement du 19.09.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11^e de la loi SSI, M.B. du 21.11.2011, p. 68930.

38. A.R. du 07.11.2011 modifiant l'art. 9, a), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 23.11.2011 (Ed. 3), p. 69259 et le corr., M.B. du 14.12.2011, p. 73262.

d. Bandagistes

Plusieurs modifications de taille ont été apportées à la nomenclature des dispositifs d'aide à la mobilité le 1^{er} janvier 2012³⁹.

- Jusqu'alors, la seule possibilité pour obtenir le remboursement des voiturettes extra-larges consistait à introduire un dossier de demande pour le surmesure alors que ces voiturettes n'en sont pas vraiment mais qu'elles sont fabriquées en série limitée. C'est pourquoi trois prestations spécifiques sont prévues pour le remboursement des voiturettes ayant une largeur de siège comprise entre 58 et 75 cm
- Pour les voiturettes de soins manuelles, l'assurance soins de santé intervient en cas d'adaptation pour une largeur d'assise de plus de 48 cm jusqu'à 58 cm
- Les modifications pour les voiturettes manuelles actives sont moins importantes
- Les voiturettes actives aux dimensions individualisées ne correspondent pas au libellé actuel d'une voiturette active. Elles ne peuvent par conséquent pas être remboursées. Pour les utilisateurs qui savent dans quelle position ils veulent s'asseoir (autrement dit, les utilisateurs expérimentés qui utilisent une voiturette active depuis 4 ans déjà au moins), il est souhaitable que la position d'assise ne soit plus réglable. Le châssis est fabriqué en usine sur la base des mensurations individuelles. La voiturette est dès lors plus solide et plus efficace

Un sous-groupe distinct a été créé pour ces voiturettes actives aux dimensions individualisées, étant donné que ces deux types de voiturettes présentent des différences techniques fondamentales.

- Certaines dispositions relatives aux scooters électroniques ont également été modifiées.

e. Implants

ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

Le 1^{er} septembre 2009, les composants implantables des prothèses articulaires totales de la hanche, du genou et de l'épaule ont été reclassés en tant que dispositifs médicaux de classe III en vertu de la directive européenne. C'est pourquoi les fabricants doivent suivre la procédure d'évaluation requise pour la classe III avant de pouvoir mettre ces dispositifs médicaux sur le marché.

Vu cette nouvelle procédure, certains systèmes plus anciens n'ont pas pu être reclassés et leur mise sur le marché n'a donc pas été autorisée.

Ces implants ont encore leur utilité en cas de révision. Ils permettent en effet une révision partielle moins invalidante pour le patient. Sans cette possibilité, le chirurgien doit procéder à une révision totale, ce qui engendre aussi un surcoût.

La nomenclature est modifiée en ce sens à partir du 1^{er} janvier 2012, si bien que des révisions partielles moins invalidantes donnent à nouveau lieu à un remboursement⁴⁰.

Le 1^{er} janvier 2012, la nomenclature a été explicitée en ce qui concerne le massif facial⁴¹. Les plaques et les vis peuvent être attestées en cas de reconstruction non seulement du crâne mais aussi du visage ou de la mâchoire.

39. A.R. du 14.09.2011 modifiant l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 16.11.2011, p. 68361.

40. A.R. du 07.11.2011 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 25.11.2011 (Ed. 3), p. 69963.

41. A.R. du 24.10.2011 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 18.11.2011 (Ed. 2), p. 68663.

De nouvelles prestations relatives aux plaques d'ostéosynthèse ont été insérées à l'article 35 de la nomenclature le 1^{er} décembre 2011⁴².

NEUROCHIRURGIE

Depuis le 1^{er} janvier 2012, un remboursement est prévu pour les électrodes pour localisation des cibles en cas d'épilepsie réfractaire⁴³. Auparavant le remboursement était prévu pour la localisation préopératoire uniquement.

CHIRURGIE VASCULAIRE

Le 1^{er} janvier 2012, l'intervention personnelle pour le "vascular closure device" (système de fermeture vasculaire) a diminué, passant de 90 % à 55 %⁴⁴.

La nomenclature des tuteurs coronaires a été revue à la même date⁴⁵. Cela concerne la prestation relative à une intervention dans le coût du matériel utilisé pour réaliser une intervention coronaire percutanée.

CHIRURGIE ABDOMINALE ET PATHOLOGIE DIGESTIVE

Depuis le 1^{er} janvier 2012, l'assurance soins de santé intervient dans la fourniture de matériel pour la chirurgie d'une hernie abdominale⁴⁶. Quatre nouvelles prestations donnant lieu à un remboursement forfaitaire ont été insérées pour ce faire dans la nomenclature. L'intervention personnelle s'élève à 25 %⁴⁷.

f. Orthopédistes

Le 1^{er} janvier 2012, une nouvelle disposition a été ajoutée à la nomenclature pour autoriser le remboursement anticipé du casque crânien si un changement anatomique se produit ou si le casque crânien est devenu inutilisable et irréparable à la suite de traumatismes multiples⁴⁸.

g. Dispositifs médicaux

À partir du 1^{er} janvier 2012, l'intervention personnelle du bénéficiaire dans le cadre des moyens diagnostiques et du matériel de soins est indexée⁴⁹.

42. A.R. du 26.09.2011 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 20.10.2011 (Ed. 2), p. 64044.

43. A.R. du 07.11.2011 modifiant l'article 35bis 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 25.11.2011 (Ed. 3), p. 69964.

44. A.R. du 07.11.2011 modifiant l'A.R. du 08.03.2007 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations de l'art. 35 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 25.11.2011 (Ed. 3), p. 69965.

45. A.R. du 24.10.2011 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 18.11.2011 (Ed. 2), p. 68662.

46. A.R. du 24.10.2011 modifiant l'article 35bis 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 22.11.2011, p. 69105.

47. A.R. du 24.10.2011 modifiant l'A.R. du 06.03.2007 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations de l'article 35bis de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 22.11.2011, p. 69111.

48. A.R. du 24.10.2011 modifiant l'art. 29, § 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 21.11.2011, p. 68929.

49. A.R. du 28.12.2011 modifiant l'A.R. du 24.10.2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.12.2011 (Ed. 5), p. 81949.

La liste des dispositifs médicaux remboursables a été modifiée sur plusieurs points le 1^{er} décembre 2011⁵⁰ :

- Le nombre d'oxyconcentrateurs remboursables est augmenté
- La liste des pompes à perfusion remboursables est étendue
- Une intervention dans le coût des tensiomètres est prévue dans le cadre du trajet de soins "insuffisance rénale chronique". Le montant maximum de cette intervention est de 60 EUR.

h. Spécialités pharmaceutiques

Depuis le 1^{er} janvier 2012, l'intervention personnelle du bénéficiaire dans le cadre de l'alimentation diététique à des fins médicales et des préparations magistrales est indexée⁵¹. Les honoraires, les prix, les quotesparts ou les interventions personnelles des bénéficiaires sont liés à la valeur, applicable dans l'année civile précédente, de la moyenne arithmétique de l'indice santé du mois de juin et des indices des prix des trois mois précédents.

III. Indemnités

1. Travailleurs indépendants

Le comité de gestion du Service des indemnités peut renoncer à récupérer auprès des assurés les montants indus d'indemnités de maladie quand ces derniers se trouvent dans une situation digne d'intérêt.

Le caractère digne d'intérêt de la situation est apprécié sur la base des critères suivants :

- La situation sociale et financière du ménage du bénéficiaire
- La proportionnalité du montant de la récupération d'une part et de la gravité de l'infraction et/ou du montant du revenu rapporté par l'activité d'autre part.

Un critère y a été ajouté le 31 décembre 2010⁵² :

- Le fait que l'activité non autorisée était ou non assujettie à la sécurité sociale.

Est également mentionnée la possibilité pour le travailleur indépendant en invalidité de poursuivre en partie son ancienne activité exercée en tant qu'indépendant moyennant l'autorisation préalable du Conseil médical de l'invalidité sur proposition du médecin-conseil.

50. A.R. du 17.10.2011 modifiant l'A.R. du 24.10.2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'art. 34, al. 1^{er}, 20°, de la loi SSI, M.B. du 16.11.2011, p. 68371.

51. A.R. du 28.12.2011 modifiant l'A.R. du 24.10.2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.12.2011 (Ed. 5), p. 81948 et A.R. du 28.12.2011 modifiant l'A.R. du 07.05.1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 31.12.2011 (Ed. 5), p. 81950

52. A.M. du 02.09.2011 portant approbation du règlement du Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants du Service des indemnités de l'INAMI, modifiant le règlement du 12 février 2001 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social, M.B. du 03.10.2011, p. 61636

2. Travailleurs salariés

a. Activité autorisée

Une fois l'accord du médecin-conseil de la mutualité obtenu, les bénéficiaires en incapacité de travail peuvent exercer une activité autorisée. Le montant des indemnités qui peut être octroyé en cas d'activité à temps partiel est fixé en fonction du montant du revenu professionnel évalué en jours ouvrables.

Dans certains cas, la combinaison d'un revenu d'un travail à temps partiel et d'indemnités à temps partiel peut engendrer un revenu supérieur au salaire perçu pour une activité à temps plein.

La réglementation a été modifiée le 1^{er} janvier 2012 pour mettre fin à cette anomalie ("le piège au salaire")⁵³. Le montant du revenu professionnel, évalué en jours ouvrables, n'est en outre pris en considération qu'à concurrence du pourcentage suivant, déterminé par tranche de revenu :

- Première tranche de 11,8278 EUR : exonérée
- Deuxième tranche de 7,0967 EUR : 20 %
- Troisième tranche de 7,0967 EUR : 50 %
- Quatrième tranche supérieure au total des tranches précédentes : 75 %.

Donc plus le revenu professionnel est élevé, plus l'influence sur le montant des indemnités de maladie est importante.

b. Calcul des indemnités

La réglementation fixant la rémunération perdue qui doit être prise en compte pour le calcul des indemnités quand aucun salaire de référence n'est disponible a été modifiée le 1^{er} janvier 2012⁵⁴.

- Pour les jeunes en apprentissage industriel qui sont liés par un contrat d'apprentissage au début de l'incapacité de travail, la rémunération perdue est égale aux indemnités d'apprentissage auxquelles ils auraient pu prétendre le premier jour de l'incapacité de travail
- Une nouvelle réglementation a été élaborée pour une nouvelle catégorie de travailleurs, regroupés sous la dénomination "travailleurs intérimaires, saisonniers et temporaires". Auparavant il était uniquement question de "travailleurs intermittents et travailleurs saisonniers"
- Le mode de calcul de la rémunération est modifié pour les chômeurs, pour autant qu'il s'agisse de chômeurs jeunes, de chômeurs dans la troisième période (chômeurs de longue durée) ou de bénéficiaires pendant une période de chômage qui ne remplissent pas les conditions requises pour l'obtention d'allocations de chômage sans avoir toutefois la qualité de chômeurs soumis au contrôle et qui ont conservé leur droit aux allocations par le biais de l'assurance continuée
- Pour les bénéficiaires demandeurs d'emploi, la période pendant laquelle les indemnités sont encore calculées sur la base du dernier salaire est étendue à 30 jours après la fin du contrat de travail (auparavant, elle n'était que de 14 jours après la fin du contrat de travail)
- La situation particulière du bénéficiaire qui, au moment de la survenue de l'incapacité de travail, a cessé d'être assujéti au système belge d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités depuis 30 jours est prévue. Auparavant, c'était le cas après 14 jours déjà

53. A.R. du 28.12.2011 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 30.12.2011 (Ed. 5), p. 81945.

54. Règlement du 16.11.2011 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI, M.B. du 29.12.2011 (Ed. 2), p. 81053.

- Des modifications interviennent aussi pour les cas où le chômage suit immédiatement une période de protection de la maternité. Elles ont principalement pour objectif d'explicitier les dispositions en vigueur et de combler les lacunes
- Si l'organisme assureur ne dispose pas des éléments nécessaires pour déterminer le montant de la rémunération perdue, il calculera les indemnités d'invalidité sur la base du salaire minimum fixé par la commission paritaire nationale auxiliaire pour employés pour un employé de catégorie I ayant une expérience professionnelle de niveau 0.

3. Ouvriers mineurs

La pension d'invalidité pour ouvriers mineurs est liée au bien-être à partir du 1^{er} septembre 2011⁵⁵.

4. Mesures de revalorisation

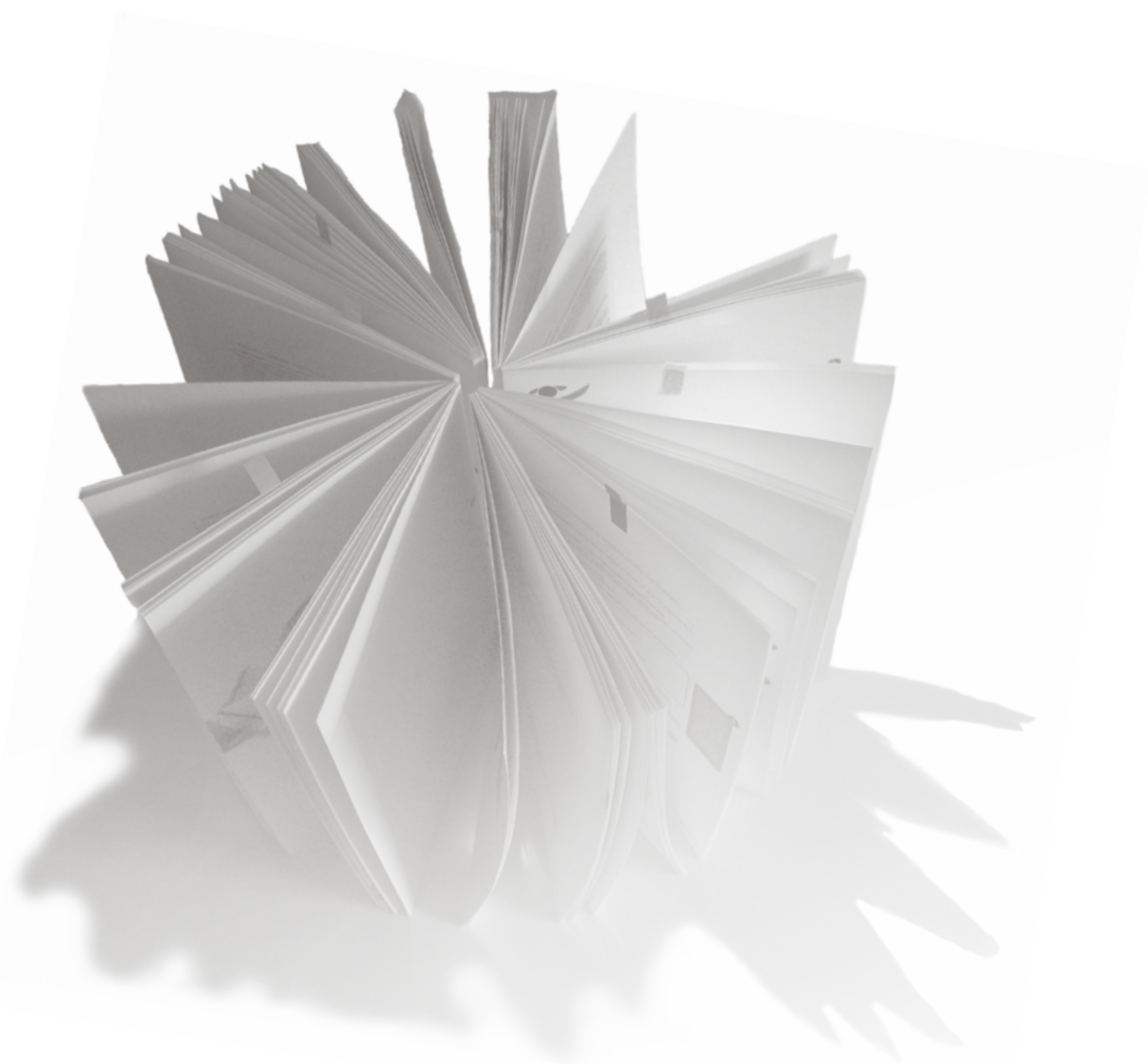
Les montants des allocations sociales sont indexés à partir du 1^{er} septembre 2011⁵⁶.

55. A.R. du 12.09.2011 modifiant l'A.R. du 19.11.1970 relatif au régime de pension d'invalidité des ouvriers mineurs, M.B. du 04.10.2011, p. 61792.

56. Adaptation hors index au 01.09.2011 du montant de certaines prestations sociales, M.B. du 26.10.2011, p. 64889.

3^e Partie

Jurisprudence



I. Conseil d'État, section du contentieux administratif, 8 mars 2012

Procédure en Cassation contre une décision de la Chambre de recours instituée auprès du SECM

Premier moyen

Un moyen qui critique le refus d'autoriser la suspension est suffisamment corroboré par le deuxième motif de la décision attaquée. Même si la critique sur la légalité du premier motif était fondée, le moyen ne pourrait pas mener à la Cassation.

Deuxième moyen

En vertu de l'article 20, § 2, alinéa 3, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, les pourvois en cassation sont seulement déclarés admissibles si les moyens ont pu influencer la portée de la décision. Le requérant ne peut pas rendre le pourvoi en cassation admissible en affirmant que l'article 19, § 4, du règlement de procédure est violé du fait que la raison du retard n'est pas mentionnée dans le prononcé et que la décision attaquée ne permet pas de savoir quand il sera délibéré de l'affaire ni de connaître la raison du retard dans l'organisation d'une deuxième audience pour prendre une décision.

Troisième moyen

Le moyen qui critique une partie de la décision attaquée qui correspond totalement à ce que le requérant avait demandé en cassation dans la conclusion de synthèse devant la Chambre d'appel ne peut pas être accueilli en cas d'absence d'intérêt. En l'espèce, il est demandé à titre subsidiaire à la Chambre d'appel de faire aussi condamner principalement la SPRL du dispensateur de soins, qui est intervenue de son plein gré pour la première fois dans la procédure devant la Chambre d'appel, sur la base de l'article 164, alinéa 2, de la loi SSI.

M.Z. et SPRL c./INAMI

Arrêt 218.344

...

IV. Feiten

4.1. Omdat de eerste verzoeker, die huisarts is, zeer frequent de nomenclaturnummers 144012 (epidurale inspuiting) en 355493 (lumbale punctie) aanreken start de Dienst voor geneeskundig evaluatie en controle een onderzoek naar de realiteit en de conformiteit van die prestaties. De getuigschriften voor verstrekte hulp model C waarmee prestaties worden aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering worden door hemzelf ingevuld voor rekening van de tweede verzoekende partij.

4.2. Als gevolg van dit onderzoek wordt aan de eerste verzoeker, voor de periode van 1 september 2003 tot 30 november 2004, ten laste gelegd getuigschriften voor verstrekte hulp te hebben opgemaakt en uitgereikt voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd, die niet overeenstemmen met de omschrijving gesteld in de nomenclatuur en/of voor verstrekkingen die niet overeenstemmen met de werkelijk verleende prestaties, terwijl de werkelijk verleende prestaties niet aanrekenbaar waren.

4.3. Op 30 maart 2007 verklaart het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle de ten laste gelegde feiten bewezen. Het Comité beslist dat de betrokkene bijgevolg, krachtens artikel 141, § 5, “laatste lid”, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna : ZIV-wet) de waarde van de weerhouden ten onrechte aangerekende verstrekkingen, 18 724,31 EUR, moet regulariseren en legt bovendien “gezien de in de nota Comité voornoemde antecedenten en de zwaarwichtigheid van de vastgestelde feiten”, een bijkomende effectieve administratieve geldboete op van 30 719,99 EUR, “nl. 200 % van 5 267,05 EUR (tll. 1) + 150 % van 13 457,26 EUR (tll. 2 en 3)”.

4.4. De eerste verzoeker tekent tegen deze beslissing hoger beroep aan. De tweede verzoekende partij komt vrijwillig tussen in deze beroepsprocedure. Dit beroep wordt behandeld op de zitting van 14 februari 2011.

Op 5 mei 2011 neemt de Nederlandstalige Kamer van Beroep ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV de thans bestreden beslissing, waarbij de beslissing van het Comité wordt bevestigd met dien verstande dat de tweede verzoekende partij, hoofdelijk aansprakelijk is voor de ten onrechte aangerekende prestaties voor een totaalbedrag van 18 724,31 EUR en dat de bijkomende administratieve geldboete van 30 719,99 EUR door appellant, thans de eerste verzoeker, dient te worden geregulariseerd.

V. Onderzoek van de middelen

Eerste middel

STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJEN

5. In het eerste middel voeren de verzoekende partijen aan dat de bestreden beslissing is genomen met schending van artikel 112 van de wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, juncto artikel 141, § 7, derde lid van de ZIV-wet, doordat hun vordering in ondergeschikte orde om de administratieve geldboete op te schorten wordt verworpen omdat het artikel waarop ze zich beroepen om opschorting te verkrijgen intussen werd opgeheven, “terwijl de oude wetgeving krachtens de overgangsbepaling van artikel 112 van de wet van 13 december 2006, zoals vervangen door artikel 261 van de wet van 27 december 2006, nog steeds van toepassing is wat betreft feiten van vóór 15 mei 2007”.

BEOORDELING

6. Blijkens de motivering van de bestreden beslissing wordt de eerste verzoeker om een dubbele reden de gunst van de opschorting van de administratieve geldboete ontzegd, enerzijds omdat de wetsbepaling die daarin voorziet werd opgeheven, en anderzijds omdat “de appellant verschillende antecedenten in de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle kende waarbij telkens verschillende inbreuken werden weerhouden”.

De wettingheidskritiek van de eerst verzoekende partij, zoals aangevoerd in de ontvankelijke processtukken, betreft enkel het eerste motief. Zelfs indien deze kritiek gegrond zou zijn, dan vindt de weigering om de opschorting toe te staan nog voldoende steun in het tweede motief.

Het eerste middel kan dan ook niet tot cassatie van de bestreden beslissing leiden.

Tweede middel

Standpunt van de verzoekende partijen

7. In het tweede middel voeren de verzoekende partijen aan dat artikel 19, § 4, van het Koninklijk besluit van 9 mei 2008 tot bepaling van de werkingsregels en het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamer van Beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV (hierna : K.B. van 09.05.2008) is geschonden, doordat het proces-verbaal van de zitting van 28 maart 2011 niet de reden van vertraging van de uitspraak vermeldt en doordat uit de bestreden beslissing niet valt op te maken wanneer over de zaak werd beraadslaagd, noch wat de reden van vertraging was om een tweede zitting te organiseren teneinde een beslissing te nemen.

BEOORDELING

8. Krachtens artikel 20, § 2, derde lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, worden slechts toelaatbaar verklaard, de cassatieberoepen waarvan de middelen een schending van de wet of een substantiële of op straffe van nietigheid voorgeschreven vormvereiste aanvoeren, voor zover het erin aangevoerde middel niet kennelijk ongegrond is en die schending daadwerkelijk van die aard is dat ze tot cassatie van de bestreden beslissing kan leiden en de strekking van de beslissing kan hebben beïnvloed. De verzoekende partijen maken niet aannemelijk dat de beweerde onregelmatigheid de strekking van de bestreden jurisdictionele beslissing heeft beïnvloed.

Derde middel

Standpunt van de verzoekende partijen

9. Het derde middel steunt op de schending van artikel 19, § 6, van het Koninklijk besluit van 9 mei 2008, doordat “de bestreden beslissing geenszins gemotiveerd is wat betreft de “hoofdelijkheid van de veroordeling tot terugbetaling tussen verzoeker en zijn BVBA”.

BEOORDELING

10. In de syntheseconclusie aan de Kamer van Beroep wezen de huidige verzoekende partijen op artikel 164, tweede lid, van de ZIV-wet, in verband met de hoofdelijke aansprakelijkheid van de zorgverlener en de rechtspersoon voor de terugbetaling van ten onrechte aangerekende prestaties. In ondergeschikte orde vroegen zij een eventuele veroordeling overeenkomstig deze wetsbepaling ook uit te spreken ten aanzien van de BVBA Dokterspraktijk M. Zwaenepoel.

De Kamer van Beroep is hierop ingegaan. In het beschikkend gedeelte van de bestreden beslissing wordt gesteld dat “de vrijwillig tussenkomende partij hoofdelijk aansprakelijk is met de appellant voor de ten onrechte aangerekende prestaties voor een totaal bedrag van 18 724,31 EUR”. Dit gedeelte van de bestreden beslissing strookt volledig met wat in de syntheseconclusie werd gevraagd. De verzoekende partijen tonen niet aan welk voordeel zij zouden kunnen verkrijgen bij het gegrond bevinden van het middel.

Het derde middel wordt niet aangenomen.

...

II. Cour du travail de Mons, 9 février 2012

Règlement C.E.E. 1408/71, article 22 - Suisse - Loi du 30 janvier 2002

Les dispositions du Règlement C.E.E. 1408/71 ont été rendues applicables dans les relations entre l'État belge et l'État suisse par la loi du 30 janvier 2002.

Il se déduit des dispositions de l'article 22 du Règlement que le ressortissant d'un État membre qui se rend sur le territoire d'un autre État membre en vue de se faire soigner doit demander l'autorisation auprès de l'institution de l'État compétent, laquelle est en droit de refuser cette autorisation lorsque les soins concernés peuvent être utilement dispensés dans cet État dans des délais normaux. Le droit aux prestations en nature n'est par ailleurs ouvert que si l'institution du lieu de séjour ou de résidence prend elle-même ces frais en charge, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si l'intéressé y était affilié.

L.P. c./INAMI et O.A.
R.G. 2009/AM/21572

...

Décision

1. L'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité coordonnée le 14 juillet 1994 dispose que les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs et comprennent : 7° les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle.

L'expression "rééducation fonctionnelle" au sens strict s'entend d'une rééducation "physique" mais s'est étendue aux soins dispensés dans les centres de rééducation fonctionnelle pour toxicomanes. Différentes conventions ont été conclues entre l'INAMI et des centres thérapeutiques qui ne sont pas reconnus comme centres hospitaliers.

L'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que l'intervention dans le coût des prestations de rééducation fonctionnelle est subordonnée à l'autorisation du Collège des médecins-directeurs pour les prestations prévues aux conventions visées à l'article 22, 6°, de la loi coordonnée (art. 138). Les demandes d'intervention sont introduites par le bénéficiaire de l'assurance soins de santé auprès du médecin-conseil de la mutualité, au moyen d'un formulaire conforme au modèle approuvé par le Comité de l'assurance (art. 139). Le médecin-conseil transmet sans délai les demandes concernant les prestations visées à l'article 138, 1°, accompagnées de son avis, par l'intermédiaire du médecin-directeur de l'organisme assureur (art. 140, § 1^{er}). En cas d'accord, le Collège des médecins-directeurs détermine pour chaque cas un programme de rééducation fonctionnelle comportant notamment la nature, le nombre, le rythme et la durée des prestations accordées ainsi que la dénomination et les autres conditions de lieu. Le Collège des médecins-directeurs fixe, dans chaque cas particulier, la date à partir de laquelle l'intervention est accordée. Sauf dispositions contraires, l'intervention est refusée pour les prestations effectuées plus de trente jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil (art. 142, §§ 1^{er} et 2).

L'article 136, § 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 dispose dans le principe que les prestations sont refusées lorsque le bénéficiaire ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge ou lorsque les prestations de santé ont été fournies en dehors du territoire belge, le Roi pouvant déterminer les conditions dans lesquelles elles peuvent toutefois être accordées. L'arrêté royal du 3 juillet 1996, § 1^{er}, 8°, prévoit que les prestations de santé fournies en dehors du territoire national sont accordées pour le bénéficiaire dont la rééducation fonctionnelle ou professionnelle s'effectue à l'étranger.

2. Dans la mesure où la situation présente un élément d'extranéité, il convient de s'en référer aux normes internationales applicables en la matière.

Les dispositions du règlement CEE n° 1408/71 ont été rendues applicables dans les relations entre l'État belge et l'État suisse par la loi du 30 janvier 2002 *"portant assentiment à la Convention entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et de la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, faite à Luxembourg le 21 juin 1999"*.

En vertu de l'article 22 du règlement CEE n° 1408/71, le travailleur salarié ou non salarié qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'État compétent pour avoir droit aux prestations, qui est autorisé par l'institution compétente à se rendre sur le territoire d'un autre État membre pour y recevoir des soins appropriés à son état, a droit aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié, la durée de service des prestations étant toutefois régie par la législation de l'État compétent (§ 1^{er}, c), (i). L'autorisation requise ne peut pas être refusée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et si ces soins ne peuvent, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement dont il s'agit dans l'État membre de résidence (§ 2).

Ces dispositions sont applicables par analogie aux membres de la famille d'un travailleur salarié ou non salarié (§ 3).

3. Il se déduit de ces dispositions que le ressortissant d'un État membre qui se rend sur le territoire d'un autre État membre en vue de s'y faire soigner doit demander l'autorisation auprès de l'institution de l'État compétent, laquelle est en droit de refuser cette autorisation lorsque les soins concernés peuvent être utilement dispensés dans cet État dans des délais normaux. Le droit aux prestations en nature n'est par ailleurs ouvert que si l'institution du lieu de séjour ou de résidence prend elle-même ces frais en charge, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si l'intéressé y était affilié. En d'autres termes, la prise en charge par la sécurité sociale belge du coût des soins dispensés aux Foyers des R. est subordonnée à la prise en charge des mêmes soins par le système de sécurité sociale suisse.

4. Il résulte des pièces du dossier que la décision de l'INAMI du 6 février 2008 est justifiée pour les motifs suivants :

- l'INAMI a produit en pièce 17 de son dossier une liste des centres de rééducation fonctionnelle existant en Belgique, où Mlle P.L. aurait pu séjourner en tenant compte de sa situation médicale et de ses antécédents au moment où l'autorisation a été sollicitée, et répondant au programme de rééducation prescrit, soit une hospitalisation dans un environnement fermé et spécialisé et une combinaison tant de désintoxication, sevrage et psychothérapie que d'une réintégration sociale; la plupart des établissements mentionnés dans cette liste étaient géographiquement éloignés du milieu de vie de Mlle P.L., ce qui était souhaité par le prescripteur; il n'est pas établi que les soins ne pouvaient être dispensés dans ces établissements dans les délais utiles pour obtenir le traitement requis par l'état de l'intéressée

- il n'est pas davantage établi que la sécurité sociale suisse prenne en charge les frais de séjour aux Foyers R.; l'INAMI produit un échange de courriel avec l'administration suisse, dont il ressort qu'à la question : "Je voudrais savoir si : 1. Les activités du Foyer R. à Sion se circonscrivent au sein du système légal de sécurité sociale suisse et 2. Les prestations servies (hébergement, soins de santé, ...) dans le cadre d'un traitement lors d'un séjour dans le foyer R. à Sion sont prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire suisse", le correspondant a répondu : "Le foyer R. à Sion n'est pas un fournisseur de prestations admis par l'assurance-maladie obligatoire suisse. Par conséquent les prestations servies dans le cadre d'un traitement lors d'un séjour dans ce foyer ne sont pas prises en charge. Seules les prestations ambulatoires servies par les médecins, pharmacies, physiothérapeutes, etc... sont à charge de l'assurance-maladie, pour autant que ces prestations sont facturées selon les tarifs cantonales"; les pièces produites par Mlle P.L. sont relatives à divers systèmes de subventions, lesquels ne s'identifient pas aux prestations de sécurité sociale.

Selon déclarations du conseil de Mlle P.L., consignées au procès-verbal de l'audience publique du 26 janvier 2012, les frais médicaux et pharmaceutiques ont été intégralement remboursés, de sorte que seuls restent en litige les frais de séjour aux Foyers des R.

Pour les motifs exposés ci-dessus, ces frais ne peuvent être mis à charge de l'INAMI.

...

III. Cour du travail de Mons, 2 février 2012

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 174, alinéa 1^{er}, 5^o et alinéa 3 Prescription quinquennale en cas de manœuvres frauduleuses - Délai raisonnable - Suspension du cours des intérêts

La fraude ou les manœuvres frauduleuses portant le délais de prescription à 5 ans n'ont pas été définies par le législateur dans le cadre de la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Sont visées de manière générale les situations de dol et de fraude qui recourent :

- *pour le dol, tous les cas de surprises, fraude, finesse, feintise, ainsi que toute autre mauvaise voie destinée à tromper quelqu'un*
- *pour la fraude, les agissements malhonnêtes aux yeux de la loi avec à chaque fois, comme trait commun, l'existence d'abstention(s), d'omission(s) ou d'agissement(s) volontaire(s) illicite(s) dont le bénéficiaire de prestations sociales use pour obtenir indûment l'octroi ou le maintien d'un revenu de remplacement; octroi ou maintien qui ne découle pas d'une simple erreur administrative. Il en découle que l'assuré social doit avoir en conscience de ce que ses actes ou son abstention de déclaration avai(en)t pour conséquence la perception de prestations auxquelles il n'avait pas droit.*

La sanction du dépassement du délai raisonnable, consacré par l'article 6 de la CEDH, ne peut jamais être la déchéance du droit d'action, mais seulement la réduction de celui-ci à son usage normal ou la réparation du dommage que son abus a causé, sans oublier que l'introduction de la cause en justice interrompt la prescription jusqu'à la clôture de l'instance.

Si l'examen des pièces de la procédure d'instance et/ou d'appel révèle que la durée anormale de la procédure est tout aussi imputable à l'inertie de la partie débitrice qu'à l'absence de la diligence de la partie créancière, il ne peut être fait droit à la demande de suspension du cours des intérêts.

Quant à la preuve de l'intention frauduleuse, l'appelant ne pouvait évidemment ignorer l'inexactitude des déclarations de revenus. Par les 10 notifications d'autorisation d'activité, il était parfaitement informé de l'ensemble des obligations à sa charge.

La faute délibérée absorbe toute la causalité.

Les manœuvres frauduleuses sont établies et le délai de prescription est de 5 ans.

D.C. c./O.A. et INAMI
R.G. 2007/AM/20.901

...

V-2 En ce qui concerne le délai de prescription applicable

V-2-1 L'article 174, alinéa premier, 5°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 dispose que : *"l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué"*.

V-2-2 L'article 174, alinéa 3, dispose également que : *"les prescriptions prévues aux 5°, 6° et 7°, ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu de prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans"*.

V-2-3 La fraude ou les manœuvres frauduleuses dont il est question n'ont pas été définies par le législateur dans le cadre de la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

V-2-4 L'existence de manœuvres frauduleuses ayant provoqué l'octroi de prestations indues - ayant pour effet- par application de l'article 174 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - de prolonger de deux à cinq ans le délai de prescription de l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées - ne peut résulter - ni de la considération que leur bénéficiaire pouvait se renseigner quant à l'étendue de ses obligations à l'égard de son O.A. - ni de la (simple) constatation que la personne concernée n'a pas déclaré audit O.A. la poursuite d'une activité (voir : Cass., 3^e ch., 04.12.2006, R.G. S.05.0071.F, J.T.T., 2007, pp. 22 et suiv.).

V-2-5 En visant la fraude, le législateur a voulu *"viser essentiellement la manière dont sont introduites certaines demandes de prestations sociales par des candidats bénéficiaires qui, sachant ou se doutant n'avoir pas droit de les obtenir ou du moins pas dans la mesure où ils les postulent, appuient leurs requêtes d'affirmation sciemment inexactes, omissions volontaires dans la rédaction des formulaires requis ou de documents dont ils savent le contenu contraire à la vérité; en ce faisant, ils veulent obtenir une décision administrative non conforme à ce à quoi ils ont droit selon les prescriptions légales du régime concerné"* (voir : J. Leclercq, dans *"La répétition de l'indu dans le droit de la sécurité sociale"*, La doctrine du judiciaire, De Boeck & Larcier, 1998, p. 318). Le législateur n'ayant cependant pas défini les manœuvres frauduleuses, celles-ci supposent, conformément aux principes du droit commun, un agissement malhonnête, réalisé malicieusement en vue de tromper l'O.A.; l'application du principe général du droit *"Fraus omnia corrumpit"* suppose de même l'existence d'une fraude, laquelle implique la volonté malicieuse, la tromperie intentionnelle (voir : Cass., 3^e ch., 04.12.2006, R.G. S.05.0071.F, J.T.T., 2007, pp. 222 et suiv.).

V-2-6 S'agissant de fraude ou de manœuvres frauduleuses, le législateur a voulu viser de manière générale les situations de dol et de fraude qui recourent :

- pour le dol, tous les cas de surprise, fraude, finesse, feintise, ainsi que toute autre mauvaise voie destinée à tromper quelqu'un
- pour la fraude, les agissements malhonnêtes aux yeux de la loi,

avec à chaque fois, trait commun, l'existence d'abstention(s), d'omission(s) ou d'agissement(s) volontaire(s) illicite(s) dont le bénéficiaire de prestations sociales use pour obtenir indûment l'octroi ou le maintien d'un revenu de remplacement, octroi ou maintien qui ne découle pas d'une simple erreur administrative (voir Leclercq, *op. cit.*, p. 316).

V-2-7 Il en découle que l'assuré social doit avoir eu conscience de ce que ses actes ou son abstention de déclaration avai(en)t pour conséquence la perception de prestations auxquelles il n'avait pas droit (voir en ce sens : C.T. Mons, 08.06.2006, R.G. 19.199, Juridat JS62049_1).

V-2-8 En l'espèce, de 1994 à 1998, l'appelant a reçu 10 notifications d'autorisation d'exercer une activité au cours d'une incapacité de travail lui rappelant ainsi les restrictions de cette autorisation en mentionnant une activité autorisée de "gérance d'un garage (ou de carrosserie)". La première de ces notifications précisait même qu'il s'agissait de "gérant de garage (administratif) indépendant", point qui n'a pu lui échapper puisqu'il le reprit spécialement dans son attestation du 20 mai 1994. Ces 10 notifications mentionnaient également les heures autorisées, étant ajouté que "La présente autorisation n'est et ne reste valable que pour autant que les conditions qui y sont définies soient respectées" et que "en cas de reprise complète de travail ou du chômage, vous devez immédiatement en informer mes services (...)". C'est ainsi parfaitement informé de l'ensemble des obligations à sa charge que l'appelant a complété, d'octobre 1994 à juillet 1997, non moins de 27 attestations de reprises de travail ou déclarations de revenus dans lesquelles il déclare exercer une activité de gérance de garage à raison d'une heure par jour (10 heures par semaine pour mai et juin 1997). L'appelant ne pouvait évidemment ignorer l'inexactitude de ces déclarations. Si par ailleurs l'appelant n'a pas respecté ses obligations, c'est bien intentionnellement puisqu'il déclara le 15 juillet 1999 : "En effet, je ne peux pas renvoyer un client sous prétexte qu'il arrive en dehors des heures de l'accord". Sans précision, l'appelant invoque alors l'existence d'un contrôle de l'O.A. ainsi que l'hypothétique contenu des renseignements qu'il lui a(urait) communiqués. L'existence d'un (possible) contrôle intervenant nécessairement *a posteriori*, après l'introduction des formulaires, n'est pas exclusif des manœuvres frauduleuses à apprécier au moment de la rentrée desdits formulaires. Par ailleurs, si l'appelant souhaite sous entendre que, sans les éventuelles négligences de son O.A., l'indu n'aurait pas été possible, encore faut-il alors rappeler que, comme le notent Monsieur FAGNART et Madame DENEVE "la jurisprudence considère, non sans raison, que la faute délibérée absorbe toute la causalité. Celui qui agit méchamment ne peut se prévaloir de ce que, sans une imprudence de la victime, il n'aurait pu parvenir à ses fins; en voulant le dommage, le prévenu a, en réalité, fait de l'imprudence de la victime un instrument de sa faute, ce qui exclus le partage de responsabilité" (J.L. FAGNART et M. DENEVE, La responsabilité civile, JT, 1985, p. 468, n° 31).

V-2-9 Les manœuvres frauduleuses sont par conséquent établies, de sorte que le délai de prescription à appliquer est bien de 5 ans.

V-2-10 Le premier acte interruptif étant un courrier du 1^{er} mars 2000, la récupération des indemnités relatives à la période du 28 octobre 1994 au 28 février 1995 inclus est donc prescrite.

V-3 Pour ce qui est de la perte d'assurabilité, y compris en soins de santé

V-3-1 On notera simplement sur ce point que l'article 101 de la loi coordonnée étant inapplicable, l'appelant a de ce fait perdu la couverture en soins de santé.

V-3-2 L'appelant soutient alors qu'en ce qui concerne le délai de prescription, il faudrait distinguer entre les soins de santé qui ont été remboursés pour des prestations fournies à lui-même et celles qui le furent au profit de ses trois enfants en manière que pour porter à cinq ans le délai de prescription, l'O.A. devrait démontrer l'existence de manœuvres frauduleuses, non plus dans son chef, mais dans le chef de ses enfants. L'appelant souhaiterait en conséquence une ventilation entre les bénéficiaires des soins de santé.

V-3-3 Pour rappel, l'article 174, alinéa 1^{er}, 6^o, et alinéa 3 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose que : "6^o L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées. (...). Les prescriptions prévues aux 5^o, 6^o, 7^o ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait été provoqué par des **manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité**. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans (...)".

V-3-4 En l'occurrence, l'appelant a "profité" des remboursements des frais de soins de santé prodigués à ses enfants au sens du texte légal applicable dans la mesure où il a en effet reçu sur son compte le remboursement des frais qu'il avait avancés au titre de frais de soins de santé pour ses enfants. Le délai de prescription doit donc être porté à cinq ans, même pour le remboursement des frais de soins de santé payés pour des personnes à charge d'un assuré auteur de manœuvres frauduleuses.

V-3-5 Pour le reste, concernant la période récupérable, l'appelant indique trois périodes d'hospitalisation dans ses conclusions déposées le 14 juin 2011 : soit du 2 au 7 février 1997, du 24 février 1997 au 8 mars 1997 et du 26 juin 1997 au 1^{er} juillet 1997, renvoyant en cela aux périodes retenues par l'INAMI.

V-3-6 Il n'y a toutefois effectivement, comme le Ministère public l'a judicieusement indiqué dans son avis écrit, trace de périodes d'hospitalisation que dans le rapport de l'INAMI du 1^{er} février 2000, et encore uniquement pour les deux premières. L'O.A. ne s'en est pas expliquée et **aucun décompte mensuel de paiement en indemnité n'étant déposé**, il n'est pas possible de vérifier si l'O.A. a ou non comptabilisé les périodes d'hospitalisation dans l'indu réclamé, de sorte qu'il y a lieu d'ordonner réouverture des débats à ce sujet avec production de documents.

V-4 À propos de la suspension du cours des intérêts

V-4-1 L'appelant sollicite la suspension du cours des intérêts durant trois périodes, soit du 21 mars 2000 au 30 octobre 2003, du 2 décembre 2004 au 20 avril 2006 et du 26 octobre 2007 au 16 novembre 2010.

V-4-2 Tel genre de demande repose implicitement sur la théorie de l'abus de droit, et accessoirement sur une violation de l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme par le biais du dépassement du délai raisonnable. Néanmoins, si l'article 6 précité consacre le droit de toute personne à ce que sa cause soit entendue dans un délai raisonnable, cette disposition ne prévoit en tant que telle aucune sanction, de sorte que seule la théorie de l'abus de droit peut déboucher sur une indemnisation au départ de la notion de préjudice.

V-4-3 Selon cette théorie, la sanction ne peut être la déchéance du droit d'action, mais seulement la réduction de celui-ci à son usage normal ou la réparation du dommage que son abus a causé (voir notamment : Cass. 07.02.1994, JC94271, et Cass. 08.02.2001, JC01281), sans oublier que l'introduction de la cause en justice interrompt la prescription, et qu'il est acquis que cette interruption vaut jusqu'à la clôture de l'instance (voir Cass. 13.09.1993, JTT 1993, 841).

V-4-4 Il ne paraît ainsi pas justifié de sanctionner l'abus de droit consistant en un retard excessif de la mise en état de l'action introduite par :

- l'écartement pur et simple de tout intérêt moratoire sur les sommes réclamées en principal
- ou la réduction du taux auquel les intérêts doivent être calculés dès lors que ceux-ci sont légaux.

V-4-5 Par contre, il est légalement admissible, lorsqu'une demande de réduction des intérêts a été formulée, de réduire la période de calcul desdits intérêts, sans violer le prescrit légal qui n'en détermine que le principe et le point de départ.

V-4-6 De surcroît, une telle mesure s'avère particulièrement adéquate au regard du but poursuivi, soit la réparation du préjudice, étant entendu que si la déchéance du droit aux intérêts a été expressément formulée, il est permis de considérer que l'on sollicite implicitement, et à tout le moins à titre subsidiaire, le rejet d'une partie de ceux-ci (*voir en ce sens C.T. Mons, 6^e ch., 13.10.2006, R.G. 14.358 en cause de R.V. c./ASBL GROUPE S*).

V-4-7 Dans ce contexte, il y a cependant lieu de vérifier préalablement la réalité factuelle de l'argumentation sous-tendant une telle demande.

V-4-8 Si l'examen des pièces de la procédure d'instance et/ou d'appel révèle que la durée anormale de la procédure est tout aussi imputable à l'inertie de la partie débitrice qu'à l'absence de diligence de la partie créancière, il ne pourrait en aucun cas être fait droit à la demande de suspension du cours des intérêts.

...

IV. Cour du travail de Bruxelles, 10 février 2012

Loi du 14 juillet 1994, article 55*bis* - A.R. du 2 août 2002 - Plan social
kinés - Non rétroactivité des lois et arrêtés - Article 23 de la Constitution -
Principe de légitime confiance

Pour savoir si un arrêté royal a un effet rétroactif, il faut vérifier s'il remet en cause une situation qui, à la date de son entrée en vigueur, était irrévocablement fixée.

L'article 23 de la Constitution comporte un effet de standstill qui s'oppose à ce que l'autorité compétente réduise sensiblement le degré de protection offert par la législation applicable sans qu'existent, pour ce faire, des motifs liés à l'intérêt général.

Une régression significative de la protection sociale accordée ne peut être invoquée lorsqu'à la date de l'entrée en vigueur du texte incriminé, le titulaire ne pouvait invoquer un droit acquis.

Le principe de légitime confiance n'est violé qu'en présence d'une erreur de l'administration à la suite de laquelle un avantage a été attribué à un administré, avantage qui ne peut lui être retiré en l'absence de très bonnes raisons susceptibles de justifier ce retrait.

INAMI c./P.P.
R.G. 2010/AB/00566

...

III. Discussion

A. Le cadre juridique et les différentes questions soumises à la Cour

9. L'article 32 de la loi-programme du 2 août 2002 a introduit dans la loi sur l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, un article 55bis rédigé comme suit :

*“Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, charger l'Institut de prendre à charge du budget de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités les frais résultant de mesures prises en vue d'augmenter ou de réduire le nombre de kinésithérapeutes.
Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les modalités d'application du présent article”.*

Cette disposition devait permettre au gouvernement de rendre opérationnel un plan social pour les kinésithérapeutes (voir *Doc. Parl., Ch. Repr., 50-1823/001, p. 15*).

Un arrêté royal du 2 août 2002 portant exécution de cet article 55bis a été publié au Moniteur du 14 septembre 2002.

Son préambule précise :

“Considérant que le Fonds de participation avance depuis le 1^{er} mai 2002 des indemnités octroyées en faveur de kinésithérapeutes indépendants dans le cadre des mesures de reconversion, en application de l'article 74, § 1^{er}, 7^o, de la loi du 28 juillet 1992 portant des dispositions fiscales et financières; qu'il importe de faire connaître sans délai les éléments sur la base desquels les indemnités précitées peuvent être fixées, même si le droit aux indemnités ne prend cours qu'au 1^{er} janvier 2003, afin d'intégrer le préfinancement du Fonds de participation dans le cadre approprié; qu'il est en outre indiqué que les kinésithérapeutes indépendants concernés puissent vérifier sans délai si les indemnités qu'ils perçoivent à titre de préfinancement pourraient être conformes aux indemnités auxquelles ils pourront avoir droit sur la base du présent arrêté”.

Cet arrêté royal est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

10. En ce qui concerne les conditions d'octroi des indemnités, l'article 4 de l'arrêté royal du 2 août 2002, précise :

“1^o l'indemnité résulte d'une demande introduite par lettre recommandée, par un travailleur indépendant qui n'avait pas encore atteint l'âge de 60 ans au 1^{er} août 2002, au fonds de participation le 31 décembre 2002 au plus tard selon le modèle joint en annexe. La demande est définitive;

2^o l'INAMI a pris en charge pendant les années 1998, 1999 et 2000 en moyenne au moins 4 462 EUR pour les prestations que le demandeur a fournies en tant que kinésithérapeute;

3^o l'indemnité est égale à :

(...)

e) 2 627,67 EUR lorsque le demandeur a choisi le paiement d'une prime mensuelle et si pour les années de référence un montant moyen d'au moins 18 592 EUR a été enregistré;

(...).”.

Un modèle de formulaire de demande était joint à l'arrêté royal.

11. Les indemnités dues par l'INAMI ont été pré-financées par le Fonds de participation en vertu d'un arrêté ministériel du 2 août 2002, entré en vigueur le 1^{er} mai 2002.

En vertu de l'article 1^{er} de cet arrêté ministériel,

“§ 1. Le Fonds de participation est chargé du préfinancement, pour le compte de l'INAMI, des indemnités prévues par l'arrêté royal du 2 août 2002, portant exécution de l'article 55bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Le coût total pour le Fonds de participation résultant de l'application du présent arrêté ne peut dépasser 37 millions d'EUR.”.

L'arrêté royal du 13 janvier 2003 portant octroi d'une intervention à certains kinésithérapeutes indépendants qui suivent une formation d'infirmier gradué, organise l'octroi des indemnités, à partir du 1^{er} septembre 2002, aux kinésithérapeutes ayant entamé une formation d'infirmier à partir de l'année académique 2002-2003. Il précise :

- *“Ouvrent le droit à une intervention financière à charge de l'INAMI, les kinésithérapeutes indépendants à titre principal qui ont introduit une demande en application de l'article 4 de l'arrêté royal du 2 août 2002 portant exécution de l'article 55bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et qui ont choisi une formation d'une durée supérieure à 9 mois, à savoir la formation d'infirmier gradué à partir de l'année scolaire 2002-2003. L'intervention financière est accordée pour autant que la formation soit effectivement suivie ou pour suivie, y compris les années d'étude recommencées, et n'est plus due à partir du moment où la formation est terminée.
Seuls les candidats qui figurent parmi les 350 premiers candidats valables, selon la date d'introduction, entrent en considération pour l'application du présent arrêté” (art. 2 de l'A.R. du 13.01.2003)*
- *“Par dérogation à la dernière option figurant à l'annexe jointe à l'arrêté royal précité du 2 août 2002, le Fonds de participation assure le préfinancement des indemnités visées à l'article 4 de cet arrêté et dues en application de l'article 2 du présent arrêté, à partir du 1^{er} septembre 2002” (art. 5, al. 1 de l'A.R. du 13.01.2003).*

Il résulte également de l'article 5, alinéa 2, de l'arrêté royal du 13 janvier 2003 que l'indemnité accordée aux kinésithérapeutes optant pour une formation d'infirmier s'élève à 2 627,67 EUR par mois. Comme précisé à l'article 2, cette indemnité est due pendant toute la durée des études.

Cet arrêté royal est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003, à l'exception de l'article 5, premier alinéa, qui a produit ses effets le 1^{er} septembre 2002 : l'objectif était en effet de donner une base légale aux indemnités versées aux kinésithérapeutes ayant, comme M. P., entamé des études d'infirmier en septembre 2002.

12. En l'espèce, M. P. soulève l'illégalité de l'arrêté royal du 2 août 2002 en évoquant une violation du principe de non-rétroactivité des actes réglementaires, une méconnaissance de l'effet de standstill que comporte l'article 23 de la Constitution ainsi qu'une violation du principe de confiance.

Le tribunal a fait droit à cette argumentation.

B. Examen des motifs de contestation soulevés par M. P.

B. a. Le principe de non-rétroactivité des actes réglementaires

13. L'arrêté royal du 2 août 2002 est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Il n'est pas contesté que cet arrêté royal a pour conséquence que celui qui sollicite le bénéfice du plan social kiné, renonce définitivement à demander un numéro d'identification comme kinésithérapeute auprès de l'INAMI.

L'annexe à l'arrêté royal du 2 août 2002 précise en ce sens que le demandeur "*accepte que son inscription de kinésithérapeute à l'INAMI soit définitivement supprimée le jour du premier versement (de l'indemnité)*".

M. P. soutient qu'en ce qu'il implique une renonciation définitive à l'inscription comme kinésithérapeute, l'arrêté royal du 2 août 2002 a un effet rétroactif qui le rend illégal.

14. Selon l'article 2 du Code civil, la loi ne dispose que pour l'avenir et n'a point d'effet rétroactif.

La non-rétroactivité des lois et des arrêtés réglementaires est un principe général de droit, garant des intérêts individuels et de la sécurité juridique (Cass. 22.10.1970, Pas. 1971, I, p. 1444).

La portée du principe de non-rétroactivité doit toutefois être précisée.

En règle, une loi nouvelle s'applique - sans qu'il en résulte un effet rétroactif - non seulement aux situations qui naissent à partir de son entrée en vigueur, mais aussi aux effets futurs des situations nées sous l'empire de la loi antérieure qui se produisent ou se prolongent sous l'empire de la loi nouvelle, pour autant que cette application ne porte pas atteinte à des droits déjà irrévocablement fixés (Cass., 03.06.2004, R.G. C.03.0070.N, Pas., 2004, n° 302; 09.09.2004, R.G. C.03.0492.F, Pas., 2004, n° 399; 24.01.2005, R.G. C.04.0233.N, Pas., 2005, n° 48; 27.04.2007, R.G. C.06.0363.N, Pas., 2007, n° 213).

Pour savoir si un arrêté royal a un effet rétroactif, il faut donc vérifier s'il remet en cause une situation qui à la date de son entrée en vigueur, était irrévocablement fixée.

15. En l'espèce, à la date du 1^{er} janvier 2003, M. P. n'avait pas définitivement acquis le droit à bénéficier d'une aide à la reconversion tout en conservant la possibilité de recouvrer un numéro INAMI de kinésithérapeute.

La circulaire explicative jointe à la lettre du Ministre des Affaires sociales du 23 mai 2002 évoquait la suppression, et non pas une simple suspension, de l'inscription INAMI.

Le formulaire signé le 5 août 2002 par M. P. indiquait que l'inscription comme kinésithérapeute à l'INAMI serait supprimée le jour du premier versement : il résultait à suffisance des termes utilisés que la renonciation au numéro INAMI était définitive.

Enfin, la lettre que l'INAMI a adressée à M. P. le 17 octobre 2002 précisait, sans équivoque, que l'acceptation du plan social avait pour conséquence que "*l'inscription comme kinésithérapeute ayant le droit d'effectuer et d'attester des prestations de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé sera définitivement supprimée le 1^{er} septembre 2002*".

S'il estimait que l'accord ainsi donné par l'INAMI ne correspondait pas à ce à quoi il avait précédemment souscrit dans le formulaire du 5 août 2002, il appartenait à M. P. de refuser les indemnités dans l'attente d'une éventuelle clarification de l'accord entre parties. Or, il a accepté ces indemnités sans formuler la moindre observation.

Ainsi, M. P. ne peut se prévaloir d'un accord existant à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 2 août 2002 qui aurait prévu l'octroi d'indemnités de 2 627,67 EUR par mois sans suppression définitive du numéro INAMI.

L'éventuel accord, en ce sens, manquerait du reste de toute base légale.

À cet égard, c'est vainement que M. P. soutient qu'il avait introduit sa demande non pas dans le cadre du plan social kiné mais dans le cadre du "*projet fédéral de recyclage kinésithérapeutes et paramédicaux*" qui ne prévoyait pas la suppression définitive de l'inscription INAMI.

En effet, outre le document qu'il a signé le 25 juillet 2002 est intitulé "*formulaire de demande PLAN SOCIAL KINÉ*", il apparaît que le "*projet fédéral de recyclage kinésithérapeutes et paramédicaux*" était largement échu puisqu'il concernait la rentrée académique 2001-2002 et supposait l'introduction d'une demande avant le 12 octobre 2001.

16. Il est exact que l'arrêté royal du 13 janvier 2003 portant octroi d'une intervention financière en faveur de certains kinésithérapeutes indépendants suivant une formation d'infirmier gradué est, pour partie, entré en vigueur avec effet rétroactif, au 1^{er} septembre 2002.

M. P. serait toutefois sans intérêt à contester cet effet rétroactif puisque sans ce dernier ce serait de manière indue que le Fonds de participation lui a versé entre septembre et décembre 2002, une indemnité de 2 627,67 EUR par mois.

En résumé, le principe de non-rétroactivité des actes réglementaires n'a pas été violé.

B. b. L'article 23 de la Constitution et l'effet de standstill qu'il comporte

17. Les droits économiques et sociaux qu'il appartient aux législateurs de garantir en vertu de l'article 23 de la Constitution, comprennent notamment, "*le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle dans le cadre d'une politique générale de l'emploi, visant entre autres à assurer un niveau d'emploi aussi stable et élevé que possible...*".

Ces droits doivent être garantis "*en tenant compte des obligations correspondantes*".

18. L'article 23 comporte un effet de standstill qui "*s'oppose à ce que l'autorité compétente réduise sensiblement le degré de protection offert par la législation applicable, sans qu'existent, pour ce faire, des motifs liés à l'intérêt général*" (C.C., arrêt n° 121/2008, 01.09.2008, B.11.1.; C.E., arrêt n° 215.309 du 23.09.2011).

Puisqu'à la date de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 2 août 2002, M. P. ne pouvait pas se prévaloir d'un droit à une reconversion indemnisée sans suppression définitive du numéro INAMI (cfr. ci-dessus), c'est vainement qu'il évoque une régression significative.

19. Surabondamment, cette éventuelle régression significative serait justifiée par un objectif d'intérêt général.

La décision de réduire le nombre de kinésithérapeutes pouvant attester des prestations ouvrant le droit à remboursement à charge de l'assurance obligatoire soins de santé, relève de l'intérêt général et, plus particulièrement, de l'équilibre budgétaire qu'il appartient au législateur et au pouvoir exécutif en charge de l'assurance soins de santé, de préserver.

En l'espèce, la mesure n'a pas d'effets disproportionnés dès lors que pour atteindre l'objectif qu'elle poursuit, elle accorde d'importantes indemnités en contrepartie de la suppression définitive du numéro INAMI et laisse subsister la possibilité d'exercer une activité de kinésithérapeute en-dehors du cadre de l'assurance soins de santé.

Pour autant que de besoin, il paraît utile de relever que d'autres mesures de contingentement du nombre de kinésithérapeutes autorisés à délivrer des attestations, n'ont suscité d'observation, quant à leur compatibilité avec l'article 23 de la constitution, ni de la section de législation du Conseil d'État (avis n° 34.200/3 du 21.01.2003, Doc. Parl., Ch. Repr., 50-2392/001, p. 13 et s.; avis n° 35.930/3 du 14.10.2003, Doc. Parl., Ch. Repr., 51-1016/001, p. 13), ni de la Cour constitutionnelle (arrêt n° 103/2006, du 21.06.2006, en particulier B.3.6.).

Dans ces conditions, c'est vainement que M. P. évoque une violation de l'article 23 de la Constitution.

20. De même, c'est vainement qu'en page 11 de ses conclusions de synthèse il conteste l'existence et/ou la validité de la renonciation au libre choix de son activité professionnelle qui pouvait découler de son adhésion au plan social kiné :

- l'acceptation des indemnités impliquait un accord sur les conditions de la lettre de l'INAMI du 17 octobre 2002
- la référence au site internet citée au début de la page 12 des conclusions de synthèse de M. P., ne concerne pas le plan social kiné de 2002 mais le "projet fédéral de recyclage kinésithérapeutes et paramédicaux" de 2001.

B. c. Le principe de confiance légitime

21. Le principe de confiance légitime "implique notamment que le citoyen doit pouvoir faire confiance à ce qu'il ne peut concevoir autrement que comme une règle fixe de conduite et d'administration et en vertu duquel les services publics sont tenus d'honorer les prévisions justifiées qu'ils ont fait naître en son chef" (Cass., 29.11.2004, J.T.T., 2005, p. 104; Cass. 14.06.1999, Pas., 1999, I, p. 352).

Le Conseil d'État définit, quant à lui, le principe de confiance comme "l'un des principes de bonne administration en vertu duquel le citoyen doit pouvoir se fier à une ligne de conduite constante de l'autorité ou à des concessions ou des promesses que les pouvoirs publics ont faites dans le cas concret" (C.E. (ass. gén.), 06.02.2001, n° 93.103, Missorten).

On admet ainsi que le principe de confiance n'est violé qu'en présence d'une "erreur de l'administration, à la suite de laquelle un avantage a été attribué à un administré, avantage qui ne peut être retiré à l'administré en l'absence de très bonnes raisons susceptibles de justifier ce retrait" (V. Scoriels, "Le principe de confiance légitime en matière fiscale et la jurisprudence de la Cour de cassation", J.T., 2003, p. 302; voy. aussi M. Van Damme, "Het rechtszekerheids- en vertrouwensbeginself", in *Beginsel en behoorlijk bestuur*, Die Keure, p. 350; J. Jaumotte, "Les principes généraux du droit administratif à travers la jurisprudence administrative", in *Le Conseil d'État de Belgique cinquante ans après sa création (1946-1996)*, Bruylant, 1999, p. 686).

22. Il est exact que certaines informations diffusées par le Ministre des affaires sociales n'insistaient pas sur le fait que le plan social kiné (de 2002), à la différence du plan de 2001, impliquait qu'à l'avenir, aucun numéro INAMI ne pourrait être ré-attribué en tant que kinésithérapeute.

Il était malgré tout question dans ces informations, d'une suppression (voir la circulaire explicative jointe à la lettre du Ministre des affaires sociale du 23.05.2002), ce qui ne pouvait pas être compris comme une simple suspension pendant la durée de la formation.

Par ailleurs, l'INAMI n'a, de son côté, jamais laissé entendre à M. P. qu'il pourrait solliciter, à l'issue de sa formation, un nouveau numéro INAMI comme kinésithérapeute.

Il résulte au contraire de la lettre du 17 octobre 2002 que la suppression serait définitive.

Dès lors, que compte tenu de cette lettre, M. P. savait, ou à tout le moins, devait savoir que le bénéficiaire du plan social impliquait une suppression définitive du numéro d'inscription à l'INAMI, le principe de confiance légitime n'a pas été méconnu en l'espèce par l'INAMI.

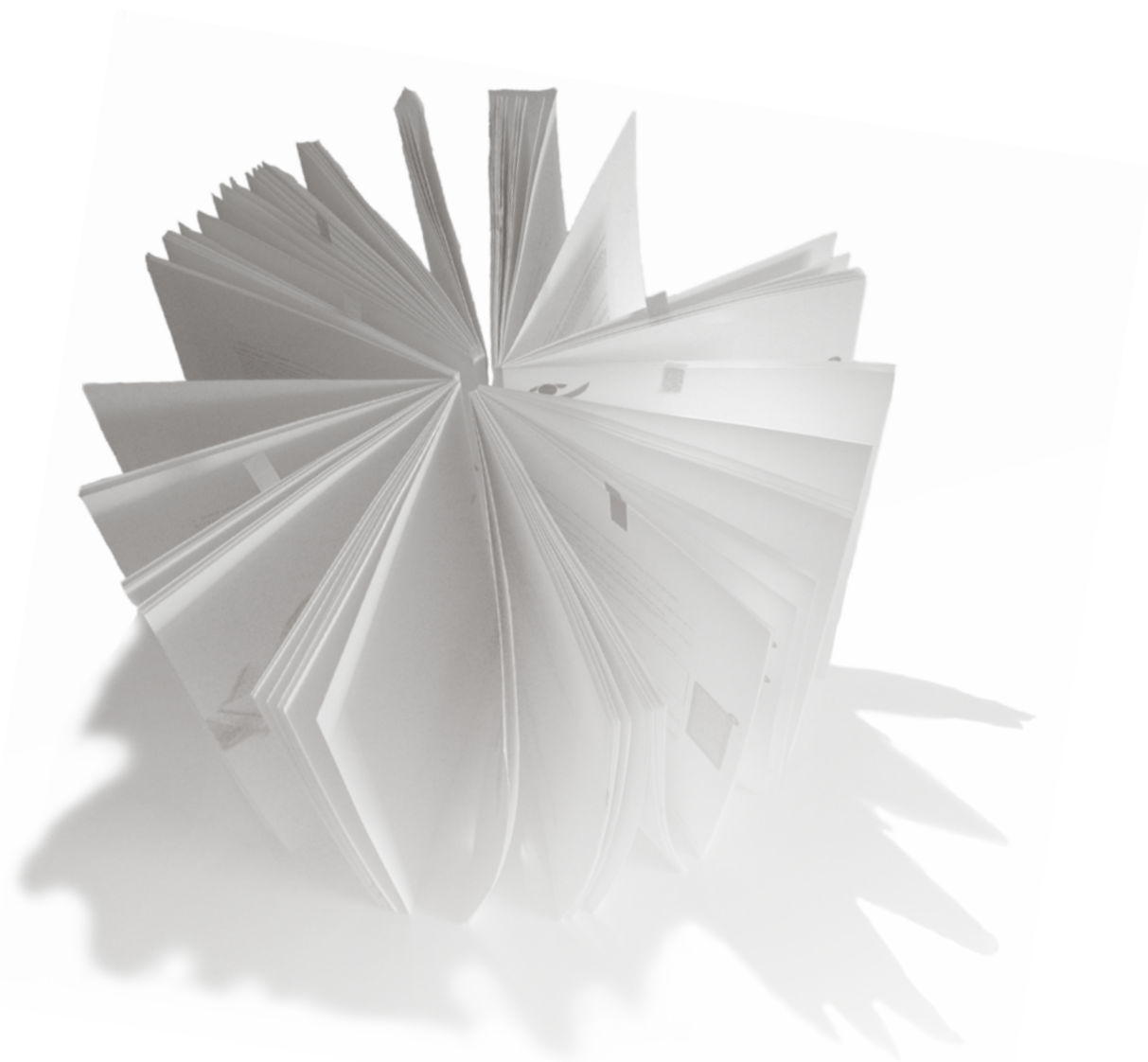
C. Conséquences

23. M. P. n'a plus droit à un numéro INAMI en tant que kinésithérapeute.

Le jugement doit, dès lors, être réformé en ce qu'il condamne l'INAMI à procéder sans délai à la ré-inscription de M. P. comme kinésithérapeute.

...

4^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Maison médicale

Avantages

Question n° 5-4563 posée le 23 décembre 2011 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 Sénateur ANCIAUX ¹

Quasiment tous ceux qui ont la fibre sociale confirment l'effet positif des maisons médicales. Cependant, ce concept tant loué ne trouve que difficilement sa place dans les soins de santé en Belgique.

Il m'inspire les questions suivantes :

1. La Ministre reconnaît-elle les multiples effets positifs des maisons médicales ? Peut-elle les illustrer par des chiffres et d'autres données ? Identifie-t-elle aussi des aspects critiques de ce concept ? Si oui, lesquels et pourquoi ?
2. Combien de maisons médicales sont-elles actuellement actives en Belgique, dans chaque province et en Région de Bruxelles-Capitale ? La ministre dispose-t-elle d'informations quant aux maisons qui ouvriront prochainement ?
3. A-t-elle des données chiffrées sur les économies réalisées grâce aux maisons médicales ?

Réponse

Notre société fait actuellement face à des défis importants tels que le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, la diminution de la durée des séjours hospitaliers, etc. Dans ce contexte, il est prioritaire de renforcer les soins de santé de première ligne, et en particulier la complémentarité des prestataires de soins de première ligne et la collaboration entre ces prestataires.

Le système des maisons médicales constitue l'une des formules intéressantes dans le cadre des défis spécifiques qui se posent actuellement dans les soins de santé (de première ligne). Les maisons médicales sont un secteur en pleine expansion. On observe une croissance pratiquement exponentielle du nombre de maisons médicales effectives.

Notons que, pour l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), l'appellation "maisons médicales" ne renvoie pas à un label particulier. Il s'agit de pratiques de groupes et ont donc le même statut que toute autre pratique de groupe.

Notons également que la pratique au forfait en lieu et place de la pratique à l'acte est accessible à tout médecin généraliste qui en fait la demande et n'est pas réservée aux seules maisons médicales.

1. Sénat, session ordinaire 2011-2012.

1) Les avantages et répercussions positives des maisons médicales sont visibles à plusieurs niveaux.

La plupart des maisons médicales appliquent un système de paiement forfaitaire, les consultations ne coûtant rien au patient. Ce système favorise l'accessibilité financière à la première ligne.

La nécessité d'une offre de soins de santé de première ligne financièrement accessible ressort notamment d'une étude menée par Deloitte sur le comportement, les attitudes et les besoins des consommateurs de soins de santé (Survey of Health Care Consumers in Belgium, 2011). Les résultats de cette étude montrent que sur les 17 % des personnes qui déclarent ne pas consulter un médecin ou un praticien des soins de santé quand elles sont malades ou blessées, 39 % invoquent le coût élevé des soins comme motif.

Les maisons médicales (tant celles qui appliquent un système de paiement forfaitaire que celles qui appliquent un système de paiement à l'acte) favorisent en outre une approche pluridisciplinaire et globale des soins. Les maisons médicales n'organisent pas seulement une concertation pluridisciplinaire interne de manière structurelle, elles collaborent aussi activement avec divers partenaires (stratégiques) locaux et régionaux dans les domaines de la santé et du bien-être. Dans ce cadre, elles consacrent du temps et de l'attention aux composantes tant physiques que psychiques et sociales de la santé.

Stefanie De Winter ("Forfait versus Prestatiegeneeskunde", 2010) a étudié, au moyen d'une analyse qualitative, la perception qu'ont les médecins généralistes des deux grands systèmes de paiement en vigueur dans la médecine générale et leur possible influence sur la relation médecin-patient. Elle constate que les médecins sont clairement demandeurs d'une simplification administrative dans la médecine à l'acte. Pour de nombreux médecins, un bon soutien et une bonne organisation de la pratique sont primordiaux pour pouvoir bien fonctionner en tant que médecin. Le système forfaitaire présente un avantage à ce niveau pour les maisons médicales qui l'utilisent.

Un autre avantage du système de paiement forfaitaire - appliqué dans la plupart des maisons médicales - est qu'il permet de consacrer du temps au développement et à la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé. Les maisons médicales mènent des actions - individuelles et de groupes - de prévention des maladies, destinées aussi bien à leurs propres patients qu'à la communauté locale.

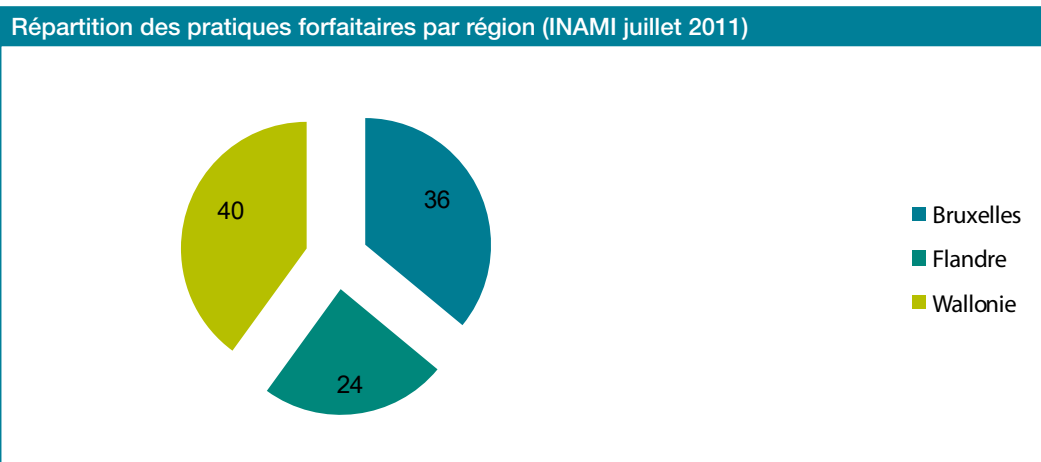
Le Centre fédéral d'expertise a effectué une comparaison du système de paiement forfaitaire et du système de paiement à l'acte en termes d'accessibilité, de qualité et de rapport coût-efficacité des soins (Annemans et al, KCE rapport 85B "Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique", 2008). Il ressort de cette étude que les maisons médicales appliquant le système de paiement forfaitaire obtiennent de meilleurs résultats dans le domaine des soins préventifs (vaccination et dépistage) que celles qui appliquent le paiement à l'acte.

Dans l'étude de De Winter (2010), les médecins interrogés mettent en avant comme un point prioritaire la nécessité de porter une plus grande attention à la prévention dans le système forfaitaire.

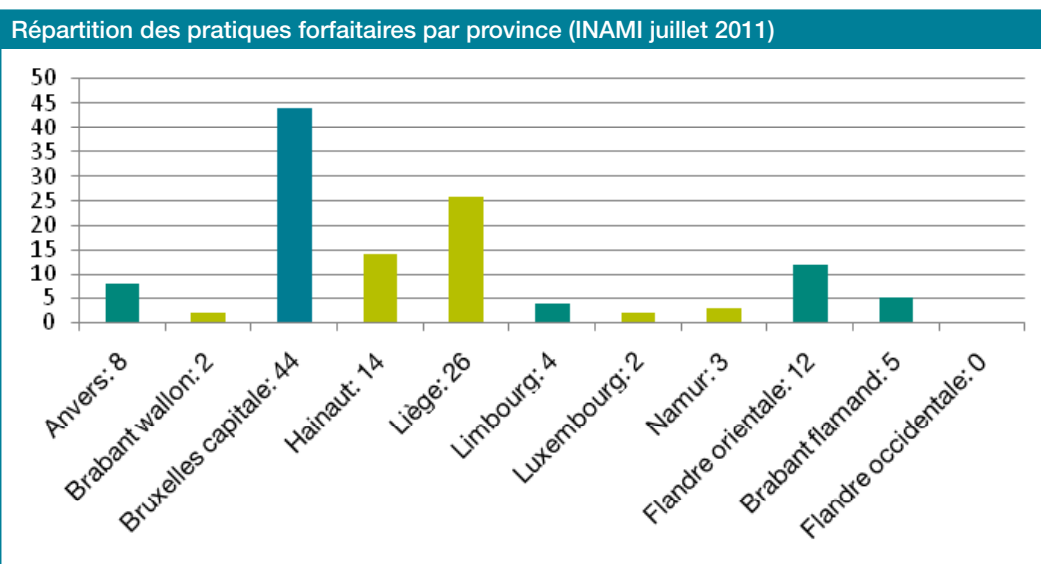
Jusqu'à aujourd'hui, les maisons médicales atteignent néanmoins, au niveau national, un groupe cible limité et spécifique. L'étude réalisée par le KCE (2008) constate que les maisons médicales assurent les soins des groupes les plus vulnérables de la société.

2) L'INAMI possède des données relatives au nombre de maisons médicales qui appliquent le système forfaitaire.

Le 1^{er} juillet 2011, 120 maisons médicales étaient opérationnelles en Belgique, assurant au total les soins de quelque 250 000 personnes. Le 1^{er} juillet 2011, 40 % de ces maisons médicales se trouvaient en Wallonie, 36 % à Bruxelles et 24 % en Flandre.



Les maisons médicales étaient réparties comme suit par province et à Bruxelles : 8 à Anvers, 2 dans le Brabant wallon, 44 dans la Région de Bruxelles-Capitale, 14 dans le Hainaut, 26 à Liège, 4 dans le Limbourg, 2 dans le Luxembourg, 3 à Namur, 12 en Flandre orientale, 5 dans le Brabant flamand et aucune en Flandre occidentale.



Les chiffres relatifs au nombre total de maisons médicales en Belgique, tant pour ce qui est des paiements à l'acte que pour ce qui est des paiements forfaitaires, sont recueillis par les entités fédérées qui agréent les maisons médicales. Mais notons qu'une pratique de groupe, à l'acte ou au forfait, peut très bien s'établir sans qu'aucune demande d'aide ou d'agrément n'ait préalablement été demandée aux pouvoirs régionaux.

3) Les maisons médicales qui appliquent le système forfaitaire ne sont pas seulement plus intéressantes financièrement pour le patient. L'étude du KCE (2008) constate, en termes de rapport coût-efficacité, que les patients soignés dans le cadre du système forfaitaire utilisent moins les soins spécialisés que les patients soignés dans le cadre du paiement à l'acte, et qu'ils sont moins souvent hospitalisés (hormis pour des affections psychiatriques). En outre, ces patients passent moins d'exams techniques (laboratoire et imagerie médicale). S'agissant des médicaments, il apparaît que les maisons médicales prescrivent moins d'antibiotiques et plus de génériques.

Les résultats de l'étude sur les implications financières des deux systèmes de paiement sont présentés brièvement dans les deux tableaux ci-dessous.

Impact du type de système de paiement (KCE, 2008)

	Paiement forfaitaire	Paiement à l'acte
Pour le patient	Gratuit	Ticket modérateur ou tarif selon l'accord médico-mutualiste
Pour la société	Coûts des deux systèmes identiques pour la société	
Indicateurs de qualité	IDEM pour les deux systèmes, mais les maisons médicales qui appliquent le système forfaitaire respectent plus souvent les recommandations lors de la prescription d'antibiotiques	
Prévention	Mieux (par ex. dépistage du cancer du sein, vaccination contre la grippe, etc.)	
Efficacité (dépenses/indicateurs de qualité)	Mieux	
Accessibilité des soins	Mieux	
Utilisation des soins de deuxième ligne	Moindre	

Comparaison des grandes catégories de dépenses (KCE, 2008)

Cohortes		
	1. Forfait (Moyenne annuelle)	2. Acte – standardisé (Moyenne annuelle)
Total soins	1 267	1 280
Dépenses de première ligne	216	112
Dépenses hors première ligne	1 051	1 168
DMG*	18	4
Total dépenses**	1 285	1 284

* DMG : forfait délivré par patient et par an pour la gestion du dossier médical global. Ce mode de financement est accessible aux deux types de pratiques.
** À l'exclusion des remboursements effectués dans le cadre du maximum à facturer.

II. Carte d'identité sociale

Coparenté - Attestation d'assuré social

Question n° 5-4566 posée le 23 décembre 2011 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 sénateur ANCIAUX ¹

Tout habitant de Belgique dispose d'une carte SIS, laquelle est nécessaire à certaines prestations dans le secteur des soins de santé et de la sécurité sociale. Cette carte est personnelle et est délivrée sur la base du domicile. Cela signifie que la carte SIS des enfants dont les parents ont opté pour le régime de la coparenté (garde alternée) est toujours conservée au domicile du parent chez qui les enfants sont domiciliés. Les enfants sont censés emporter leur carte chaque fois qu'ils se rendent chez l'autre parent. Les oublis sont fréquents et le parent est alors contraint de payer le prix plein chez le pharmacien ou à l'hôpital, par exemple. Certes, la somme peut être récupérée par la suite mais cela nécessite l'intervention du parent qui a la charge de l'enfant (aux yeux de la mutualité), ce qui pose également des problèmes.

Voici mes questions à ce sujet.

- 1) La Ministre est-elle au courant de ce problème et reconnaît-elle les effets indésirables et très gênants que cet instrument bureaucratique bien intentionné produit dans certains cas ? A-t-elle déjà pris des mesures pour y remédier ?
- 2) A-t-on déjà étudié la possibilité de délivrer une seconde carte SIS aux enfants de parents divorcés ? Quels sont les obstacles éventuels ? D'autres possibilités de résoudre ce problème ont-elles été étudiées ? Quelles sont-elles ?

Réponse

Je tiens à vous faire savoir que la carte d'identité sociale (carte SIS) est un instrument d'identification unique et que chaque assuré ne peut donc disposer que d'une seule carte.

Je suis consciente que, dans certains cas, des problèmes peuvent surgir et c'est précisément pour cette raison que la réglementation relative à la carte d'identité sociale prévoit la possibilité d'octroyer une attestation d'assuré social qui contient les mêmes données que celles de la carte.

Cette attestation peut être délivrée dans l'attente de l'émission effective d'une nouvelle carte, mais aussi dans des cas pouvant être reconnus comme dignes d'intérêt par le Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Dans ce cas-là, l'attestation a une durée de validité de six mois renouvelable.

Apparaissent comme cas socialement dignes d'intérêt et pouvant être reconnus comme tels par le Service du contrôle administratif, les situations problématiques de divorce des parents ainsi que la situation de coparentalité.

1. Sénat, session ordinaire 2011-2012.

La possibilité de recevoir une attestation dans des situations dignes d'intérêt non limitatives permet généralement d'apporter rapidement des solutions appropriées aux situations où la transmission de la carte SIS pose problème ou aux situations exceptionnelles qui se présenteraient, sans pour autant porter préjudice au caractère unique et personnel de la carte SIS comme instrument d'identification de la sécurité sociale.

Dans une circulaire du Service du contrôle administratif de l'INAMI du 1^{er} décembre 2000, il a été précisé comment cette attestation pouvait être obtenue. Cela se fait sur base d'une déclaration auprès de la mutualité d'affiliation de l'assuré social, laquelle peut délivrer l'attestation. La déclaration prévoit qu'est annexée la pièce justificative de la situation juridique pour laquelle l'attestation est requise.

III. Accompagnement au sevrage tabagique

Question n° 117 posée le 12 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 Madame la Représentante SMEYERS ¹

Le Centre de Désintoxication Tabagique des Amis de l'Institut Bordet propose depuis peu aux jeunes étudiants de 18 à 24 ans un programme d'aide au sevrage tabagique. Ce projet s'adresse spécifiquement aux étudiants et est lancé en collaboration avec des écoles supérieures et des universités. Le suivi dure sept mois et les séances sont organisées en groupe; cette méthode est proposée aux demandeurs d'emploi par le centre Bordet depuis 2009. Les résultats suivants ont été enregistrés : en 2009, 49 % des participants ont finalement arrêté de fumer, après trois mois. En 2010, 38 % ont arrêté dans les trois mois.

Ce nouveau projet est soutenu par le SPF Santé publique et est financé par le Fonds de lutte contre les assuétudes (un accompagnement coûte environ 650 EUR par personne). Différents programmes organisés en Belgique visent à motiver les professionnels de la santé et à leur octroyer la compétence de conseiller les fumeurs.

Les questions suivantes se posent en ce qui concerne le nombre de personnes qui arrêtent de fumer :

1. En 2010, un Belge sur quatre était fumeur : 19 % en Flandre, 20 % à Bruxelles et 14 % en Wallonie.
 - a) Combien de Belges étaient fumeurs de janvier à juin 2011 et de juillet à novembre 2011 ?
 - b) Quelle est la répartition régionale de ce chiffre ?
2. Combien de personnes au total se sont inscrites à un programme d'accompagnement au sevrage tabagique par le biais d'un des différents organismes de notre pays, en 2010, de janvier à juin 2011 et de juillet à novembre 2011 ?

1. Bulletin n° 058, Chambre, session ordinaire 2011-2012, p. 231.

3. Quelle était l'ampleur de la demande d'accompagnement au sevrage tabagique au cours de ces périodes chez les jeunes de moins de 18 ans et les jeunes entre 18 et 25 ans ?
4. À l'Institut Bordet, un programme dure en moyenne de 7 à 13 mois, et coûte environ 650 EUR par personne.
Quelle est la durée moyenne d'un tel traitement et quel est son prix estimatif par personne, compte tenu du coût global ?
5. Les consultations visant à aider un patient à arrêter de fumer sont partiellement remboursées : le remboursement est de 30 EUR pour la première consultation et 20 EUR pour les sept consultations suivantes. Pour les femmes enceintes, un montant de 30 EUR est remboursé pour chacune des huit consultations.
Combien l'accompagnement au sevrage tabagique a-t-il coûté au total aux autorités fédérales en 2010, de janvier à juin 2011 et de juillet à novembre 2011 ?
6. Après les demandeurs d'emploi, les étudiants pourront également participer bientôt à un programme d'accompagnement au sevrage tabagique .
De quels besoins spécifiques sera-t-il tenu compte (en quoi cet accompagnement diffère-t-il de l'accompagnement 'normal' au sevrage tabagique) ?

Réponse

1. La prévalence tabagique est mesurée par l'enquête de santé de l'ISP (Institut Scientifique de Santé Publique) via l'interview qui a lieu tous les quatre ans environ. Il n'existe donc pas de chiffres permettant de comparer le premier semestre 2011 avec le deuxième semestre 2011. Selon la dernière enquête de santé par interview effectuée en 2008 et 2009, le nombre de fumeurs quotidien parmi la population générale est de 20,6 %. La répartition régionale est la suivante : 18,7 % en Flandre, 24,0 % en Wallonie et 22,3 % à Bruxelles.

2. Il existe différents canaux d'aide à l'arrêt tabagique. Depuis octobre 2009, et ce dans le cadre du plan cancer, les séances de sevrages tabagiques chez le tabacologue ou le généraliste sont remboursées à hauteur de 20 EUR. Le remboursement est de 30 EUR pour la première séance ou pour les femmes enceintes. Cette formule a rencontré un important succès.

Les dernières statistiques de l'INAMI disponibles le prouvent : le nombre de séances remboursées s'est élevé à 25 678 en 2010 dont 9 262 "premières séances". Les chiffres pour 2011 sont en augmentation puisque de janvier 2011 à fin septembre 2011, le nombre de séances remboursées s'est élevé à 26 498 dont 9 459 "premières séances".

Par ailleurs, la ligne tabac stop, dont le numéro figure sur l'ensemble des paquets de cigarettes et qui est financée par le fonds de lutte contre les assuétudes, est un outil central dans l'aide à l'arrêt tabagique dans le pays. Le nombre de contacts enregistrés en 2011 s'est élevé à 22 240, soit une augmentation de 75 % par rapport à 2010, avec notamment une augmentation des contacts télé-phoniques de 66 %.

Cette augmentation s'explique notamment par l'apposition du numéro sur l'ensemble des paquets de cigarettes depuis le 1^{er} janvier 2011 alors qu'il n'était auparavant présent que sur 1 paquet/14.

L'interdiction générale de fumer dans les lieux publics du 1^{er} juillet (2011) et les campagnes de promotion de la ligne ont également joué un rôle dans le succès de cet outil.

3. Les chiffres de l'INAMI ne permettent pas de différencier l'âge des patients qui font appel au remboursement. Cependant, selon les chiffres de la ligne tabac stop, 25 % des appels téléphoniques proactifs proviennent de personnes âgées entre 16 et 25 ans. Il existe donc clairement une demande importante d'aide à l'arrêt provenant de ce public.

4. Le projet de l'asbl "amis de l'institut Bordet" que vous mentionnez est un projet pilote, financé dans le cadre du fonds de lutte contre le tabagisme, qui a pour but de mettre sur pied des groupes de sevrage tabagique dans des écoles supérieures, dans l'ensemble du pays.

Il existe de nombreux moyens d'arrêter de fumer, et il n'est donc pas possible de donner un temps ou un coût spécifique. Ainsi, le taux de réussite du sevrage pour les personnes arrêtant seules, sans aide psychologique ou pharmacologique, atteint environ 4 % à un an, alors que via la méthodologie utilisée par l'asbl "amis de l'institut Bordet", on atteint un taux de sevrage à un an de 45 %.

5. Le coût total du remboursement des séances de sevrage tabagique a été de 610 628 EUR en 2010. Il a été de 629 375 EUR pour les neuf premiers mois de l'année 2011. Étant donné que les statistiques ne sont pas encore disponibles pour l'ensemble de l'année 2011, il n'est pas encore possible de faire une comparaison entre la période janvier-juin 2011 et la période juillet-décembre 2011.

6. En ce qui concerne le projet de l'asbl "amis de l'institut Bordet", la grande différence entre le projet "jeunes" et le projet "chômeurs" est le timing. En effet, il est très difficile de suivre des étudiants sur une période de treize mois étant donné les horaires de l'année scolaire. Pour des questions pratiques, le timing de cette méthodologie est donc superposé au timing de l'année scolaire ce qui raccourcit donc la durée globale. Pour le reste, les techniques d'aide fonctionnent bien avec les différents types de public.

IV. Personnes âgées

Politique de santé - Secteur résidentiel - Lits de maison de repos

Question n° 210 posée le 18 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

Beaucoup d'investisseurs immobiliers considèrent le vieillissement de la population comme un investissement relativement sûr. De plus en plus de grands investisseurs immobiliers se détournent des bureaux pour investir massivement dans les maisons de repos, le secteur de l'avenir. Il ne s'agirait pas uniquement d'initiatives privées mais aussi d'un nombre croissant d'initiatives PPP (partenariat public privé). On cite de plus en plus souvent des noms comme Dexia Immorent, KBC, Cofinimmo et Aedifica.

1. Combien la Belgique compte-t-elle actuellement de retraités de plus de 75 ans ?
2. a) À combien estime-t-on le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans que la Belgique comptera fin 2010, 2011, 2012, 2013 et 2014 ?
b) Dispose-t-on de chiffres à l'échelon régional ?

1. Bulletin n° 058, Chambre, session ordinaire 2011-2012, p. 246.

3. Combien de lits sont-ils actuellement disponibles dans le secteur des maisons de repos ?
4. Pourrais-je obtenir une ventilation par maisons de repos publiques subventionnées, maisons de repos gérées par une asbl, maisons de repos d'initiative privée et résidences pour seniors ?
5. Pourrais-je obtenir une ventilation régionale ?
6. À combien estime-t-on le nombre de lits qui seraient disponibles fin 2010, 2011, 2012, 2013 et 2014 ?

Réponse

En Belgique, la compétence sur le secteur des soins résidentiels pour les personnes âgées est partagée entre les trois autorités du pays (État Fédéral, Communautés, Régions). La situation institutionnelle est particulièrement complexe : les maisons de repos et de soins (MRS), historiquement nées de la reconversion de services hospitaliers, sont de la compétence du fédéral en ce qui concerne la programmation de leurs normes complémentaires, par contre, sont de la compétence des entités fédérées. Les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), quant à elles, sont de la compétence des Communautés et Régions. Les soins y sont financés par l'INAMI de manière forfaitaire.

La multiplicité des acteurs politiques impose une concertation. Celle-ci trouve place au sein de la Conférence interministérielle (CIM) Soins de santé, dans un sous-groupe spécifique "Politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées" visant à l'élaboration d'une politique cohérente en faveur des personnes âgées. Ainsi, trois Protocoles d'accord ont été conclus entre l'autorité fédérale et les entités fédérées concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées. Le "Protocole 3", conclu en 2005 établit un certain nombre d'objectifs communs pour les soins aux personnes âgées et fixe un moratoire sur le nombre de lits de maison de repos. En décembre 2011, le moratoire a été élargi et prolongé jusque fin décembre 2012 par l'Avenant n° 6 au Protocole 3. La mise en œuvre de la sixième réforme de l'État permettra de simplifier cette structure institutionnelle complexe.

1. D'après les renseignements que j'ai pu obtenir de l'Office national des Pensions, ce service payait en décembre 2011 une pension de repos et/ou de survie à 796 848 retraités de plus de 75 ans, que ce soit en régime d'employé et/ou d'indépendant. Ces retraités peuvent toutefois encore cumuler une pension du secteur privé. Le Service des Pensions du secteur public a calculé que, pour cette même période, 169 027 personnes recevaient une pension de retraite. Le nombre de personnes recevant une pension des services pension des plus petites institutions de sécurité sociale (p. ex. : chemins de fer, sécurité sociale d'outre mer, etc.) ne sont pas repris dans ces chiffres.

Au 1^{er} janvier 2010, le nombre total de personnes âgées de plus de 75 ans (indépendamment du paiement d'une pension) est de :

Belgique	940 727
Communauté flamande	561 946
Région de Bruxelles-Capitale	80 986
Région wallonne	297 795

2.

Au 1 ^{er} janvier	2010	2011	2012	2013	2014
Belgique	940 727	953 514	965 349	977 729	991 913
Communauté flamande	561 946	573 880	584 943	596 554	608 982
Région de Bruxelles-Capitale	80 986	80 492	79 982	79 422	79 091
Région wallonne	297 795	299 142	300 424	301 753	303 840



source : <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/perspectives>

3. Le moratoire sur les lits de maison de repos, défini par le Protocole 3 et élargi via son Avenant n° 6 s'élève à :

	MRPA	MRS	Total
Région wallonne	35 655	13 687	49 342
Région flamande	44 645	28 661	73 306
Région de Bruxelles-Capitale	12 646	5 108	17 754
Communauté germanophone	540	340	880
Belgique	93 486	47 796	141 282

Au 1^{er} janvier 2012, le nombre total de lits effectivement agréés s'élève à :

Flandre	69 961
Bruxelles	15 251
Wallonie	47 447
Com. Germ.	742

4.

Nombre de lits				
Janvier 2012	Établissements publics	Établissements gérés par une ASBL	Établissements privés	Total
Maison de repos pour personnes âgées	17 441	18 432	26 902	62 775
Maisons de repos et de soins	23 309	28 904	16 049	68 262



Plus d'infos sur le site Internet de l'INAMI : <http://www.INAMI.be/care/fr/residentialcare/>

En ce qui concerne votre demande relative aux résidences services, cette matière relève de la compétence des Communautés et des Régions.

5. Pour cette question, je me permets de vous renvoyer aux réponses formulées précédemment. L'Avenant 6 au Protocole 3 détermine le moratoire jusqu'au 31 décembre 2012. Il est actuellement impossible de se prononcer au sujet des évolutions futures, qui sont déterminées par un grand nombre de variables.

Permettez-moi de vous orienter également vers la déclaration gouvernementale du 7 décembre 2011 qui, dans le cadre des réformes institutionnelles, prévoit le transfert des compétences en cette matière vers les entités fédérées. La manière dont se transfère s'opérera sera déterminé sous peu par le "Comité de suivi des réformes institutionnelles".

V. Soins palliatifs

Approche

Question n° 216 posée le 18 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 Madame la Représentante MUYLLE ¹

Les réseaux palliatifs et les équipes palliatives multidisciplinaires relèveront de la compétence des Communautés, mais l'offre de lits palliatifs dans les hôpitaux généraux restera une matière fédérale. Une capacité suffisante de lits est évidemment une condition essentielle pour assurer des soins palliatifs de qualité. Le secteur demande un minimum de six lits Sp palliatifs par hôpital général.

Un grand nombre de patients palliatifs reçoivent (pendant une certaine période) des soins à domicile. Ces soins sont dispensés principalement par un généraliste et des infirmiers à domicile. Dès l'instauration en 2009 des trajets de soins pour les personnes souffrant de diabète et d'insuffisance rénale chronique, l'idée d'un trajet de soins pour les patients palliatifs a été suggérée.

1. a) Êtes-vous au courant des besoins de lits supplémentaires pour les soins palliatifs ?
b) Envisagez-vous des moyens financiers supplémentaires pour y répondre ?
2. a) L'instauration d'un trajet de soins pour des patients palliatifs est-elle toujours envisagée ?
b) Ce trajet de soins pourrait-il se concrétiser à court terme ?

Réponse

1. a) Conformément à l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, le besoin en lits Sp palliatifs était, par le passé, fixé à 360 maximum pour l'ensemble du Royaume. Il y a toutefois actuellement 379 lits Sp palliatifs agréés et financés.

Le secteur indique parfois qu'il faudrait des lits Sp palliatifs supplémentaires. Mais cette nécessité ressentie par d'aucuns n'a, jusqu'à présent, pas été confirmée de manière certaine. Dans son deuxième rapport aux Chambres législatives, la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs a considéré que, plutôt que d'augmenter le nombre de lits Sp palliatifs, il faudrait poursuivre le renforcement des soins palliatifs à domicile ainsi que des structures résidentielles de soins aux personnes âgées.

Une telle mesure devrait contribuer à permettre de soigner le plus possible le patient palliatif dans l'environnement qui lui est familier. Les patients palliatifs souhaitent en effet, pour la plupart, être soignés et mourir à domicile, entourés et soutenus par leurs proches.

Cette nécessité de lits Sp palliatifs supplémentaires n'a pas davantage été confirmée par l'étude de grande ampleur que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a consacrée aux soins palliatifs en Belgique (en 2009).

On ne peut, en outre, perdre de vue que, pour soutenir la qualité des soins palliatifs dispensés dans les hôpitaux, les services infirmiers ont, depuis 1997, la possibilité de faire appel à une équipe d'accompagnement mobile spécialisée pour les soins palliatifs, laquelle existe dans chaque hôpital général. Cette équipe mobile met ses connaissances et son expertise en la matière à la disposition des services où séjournent des patients palliatifs et peut remplir un important rôle d'appui dans le cadre des soins aux patients palliatifs en milieu hospitalier.

b) À l'heure actuelle, il n'est pas prévu d'octroyer un financement supplémentaire pour les lits Sp palliatifs. Il faut d'abord poursuivre l'objectivation des besoins.

En 2010, la question a été posée formellement à la Cellule d'évaluation des soins palliatifs de savoir s'il y a lieu d'augmenter la programmation pour les soins palliatifs. La Cellule d'évaluation rendra cette année son avis à ce sujet. Par ailleurs, un groupe de travail chargé d'étudier la norme de programmation générale pour les lits Sp a été créé au sein du Conseil national des établissements hospitaliers. On attendra également l'avis final du Conseil national des établissements hospitaliers avant d'apporter d'éventuelles modifications dans la programmation.

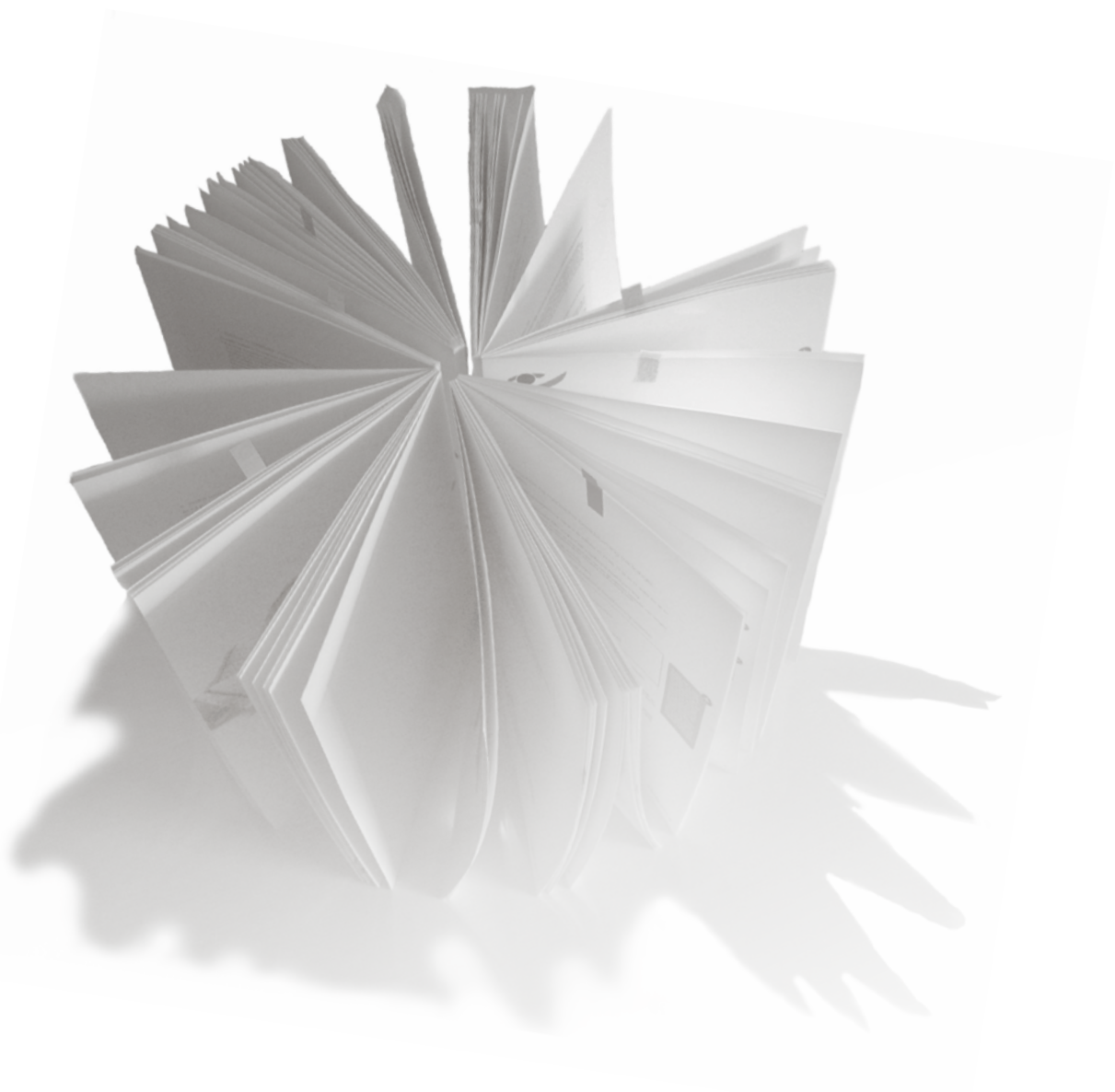
2. a) En ce qui concerne le trajet de soins pour les soins palliatifs, il importe qu'un tel trajet de soins s'inscrive dans le cadre d'une réflexion globale sur l'organisation des soins palliatifs dans notre pays. L'étude de grande ampleur du KCE à laquelle j'ai fait allusion plus haut pourra apporter des informations utiles dans ce cadre. Les recommandations de la Cellule d'évaluation des soins palliatifs quant à la qualité et à la continuité des soins palliatifs, qui sont attendues cette année, constituent elles aussi un élément pertinent dans le cadre de ce débat.

Enfin, le groupe de travail "approche intégrée des soins palliatifs" au sein du Conseil national des établissements hospitaliers entamera ses activités cette année. Les conclusions de ce groupe de travail permettront également d'étudier de manière plus approfondie la possibilité de mettre en place un trajet de soins pour les soins palliatifs.

b) À court terme, il n'est pas prévu de mettre en place un trajet de soins pour les soins palliatifs. Si l'on veut garantir une approche cohérente dans ce dossier, il faut attendre de disposer d'abord des conclusions et recommandations précitées et de soumettre celles-ci à une évaluation approfondie.

5^e Partie

Données de base



I. Adaptation des indemnités à l'indice santé

1. Régime général

En vigueur à partir du 1^{er} février 2012.

a. Éléments de base

La moyenne des indices santé des mois d'octobre, novembre, décembre 2011 et de janvier 2012 a atteint 117,27 points (base 2004).

Conformément à l'article 237 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, il y a lieu d'adapter les indemnités à l'indice santé.

Le nouvel indice pivot correspond au coefficient d'augmentation $(1,02)^{13} = 1,2936$ par rapport à l'indice de base 103,14 (Base 1996).

Afin de pouvoir déterminer les augmentations éventuelles par rapport aux montants précédents, ce qui doit simplifier les calculs, vous trouverez au tableau I les coefficients à prendre en considération pour calculer une indemnité à l'indice 117,27 lorsque la rémunération prise en considération est liée à un autre indice (voir cependant la remarque au tableau I).



Les tableaux mentionnés, excepté le D, ne sont pas publiés ici et sont consultables sur le site web de l'INAMI.

Le tableau D donne un aperçu chronologique des adaptations successives des montants des indemnités les plus usités.

N.B. : À titre informatif, sont repris dans la zone grise les montants qui devraient être d'application lors de la prochaine indexation.

b. Applications au 1^{er} février 2012

INCAPACITÉ DE TRAVAIL PRIMAIRE

1. Règle générale : l'indemnité non arrondie au 31 janvier 2012 doit être multipliée par 1,02 afin d'obtenir l'indemnité au 1^{er} février 2012.

Si un titulaire bénéficiait au 31 janvier 2012 d'un des minima ou maxima, il lui est automatiquement octroyé le minimum ou maximum indexé au 1^{er} février 2012 (voir II A.3 et II B. 2, 3).

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

a) Application de l'article 211 de l'A.R. du 3 juillet 1996.

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

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

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

Pour les titulaires qui se trouvaient déjà en état d'incapacité de travail au 31 janvier 2012, l'adaptation s'opère en multipliant le montant par 1,02.

c) Pour les titulaires qui sont en chômage au début de leur incapacité de travail et pour lesquels, lors du calcul de l'allocation de chômage, il n'a pas été tenu compte d'une catégorie de rémunération 5-72 (par ex. forfait, étudiants, etc.) ou pour les titulaires qui ne sont pas en chômage mais pour lesquels il n'y a pas de rémunération (par ex. assurance continuée, législation étrangère, etc.), il y a lieu d'utiliser le tableau III (employés de la catégorie I). La rémunération à prendre en considération varie selon l'expérience qui peut être de 0 année ou de 9 années selon la situation du titulaire au début du risque. Ces rémunérations ne suivent pas la même logique d'indexation que les indemnités.

Le tableau III est d'application pour ceux dont l'incapacité de travail a débuté au plus tôt au 1^{er} janvier 2012.

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

a) Début d'incapacité du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008

À partir du 1^{er} février 2012, le salaire maximum est de :

$$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 = 124,6133 \text{ EUR}$$

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

$$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 74,768 \text{ EUR arrondi à } 74,77 \text{ EUR}$$

b) Début d'incapacité du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2010

À partir du 1^{er} février 2012, le salaire maximum est de :

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 = 125,6101 \text{ EUR}$$

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

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 75,3661 \text{ EUR arrondi à } 75,37 \text{ EUR}$$

- c) Début d'incapacité à partir du 1^{er} janvier 2011
À partir du 1^{er} février 2012, le salaire maximum est de :
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 = 126,4894 \text{ EUR}$

L'indemnité maximale s'élève à 60 % du salaire maximum soit :
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 75,8936 \text{ EUR}$ arrondi à 75,89 EUR

À PARTIR DU 1^{ER} JOUR DU 7^E MOIS DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Règle générale : l'indemnité non arrondie au 31 janvier 2012 doit être multipliée par 1,02 afin d'obtenir l'indemnité au 1^{er} février 2012.

Si un titulaire bénéficiait au 31 janvier 2012 d'un des minima, il lui est automatiquement octroyé le minimum indexé au 1^{er} février 2012 (voir II B. 2, 3).

2. Indemnité minimum pour les titulaires qui possèdent la qualité de travailleur régulier (art. 214 1 de l'A.R. du 03.07.1996).

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

À partir du 1^{er} février 2012, ces montants deviennent :

- a) Titulaires avec charge de famille :
 $12\,608,39 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 52,2763 \text{ EUR}$ arrondi à 52,28 EUR
b) Titulaires isolés :
 $10\,089,89 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 41,8342 \text{ EUR}$ arrondi à 41,83 EUR
c) Titulaires cohabitants :
 $27,7287 \text{ EUR} \times 1,2936 = 35,8698 \text{ EUR}$ arrondi à 35,87 EUR

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

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

À partir du 1^{er} février 2012, ces montants deviennent :

- a) Titulaires avec charge de famille :
 $9\,716,87 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 40,2876 \text{ EUR}$ arrondi à 40,29 EUR
b) Titulaires sans charge de famille :
 $7\,287,65 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 30,2157 \text{ EUR}$ arrondi à 30,22 EUR

INVALIDITÉ

1. Règle générale : l'indemnité non arrondie au 31 janvier 2012 doit être multipliée par 1,02 afin d'obtenir l'indemnité au 1^{er} février 2012.

Si un titulaire bénéficiait au 31 janvier 2012 d'un des minima ou maxima, il lui est automatiquement octroyé le minimum ou maximum indexé au 1^{er} février 2012 (voir II B. 2, 3 et II C. 2).

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

À partir du 1^{er} février 2012, ces montants deviennent :

- **Début d'incapacité avant le 1^{er} octobre 1974**

- a) Titulaires avec charge de famille :

$38,3895 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 52,0803 \text{ EUR}$ arrondi à 52,08 EUR

- b) Titulaires sans charge de famille :

$25,6917 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 34,8541 \text{ EUR}$ arrondi à 34,85 EUR

- **Début d'incapacité du 1^{er} octobre 1974 au 31 décembre 2002**

- a) Titulaires avec charge de famille :

$93,5067 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 82,455 \text{ EUR}$ arrondi à 82,46 EUR

- b) Titulaires isolés :

$93,5067 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 69,7696 \text{ EUR}$ arrondi à 69,77 EUR

- c) Titulaires cohabitants :

$93,5067 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 50,7415 \text{ EUR}$ arrondi à 50,74 EUR

- **Début d'incapacité du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2004**

- Invalide avant le 1^{er} janvier 2005

- a) Titulaires avec charge de famille :

$93,5067 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,02 \times 1,008 = 80,8382 \text{ EUR}$ arrondi à 80,84 EUR

- b) Titulaires isolés :

$93,5067 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,02 \times 1,008 = 68,4016 \text{ EUR}$ arrondi à 68,4 EUR

- c) Titulaires cohabitants :

$93,5067 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,02 \times 1,008 = 49,7466 \text{ EUR}$ arrondi à 49,75 EUR

- Invalide du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2006

- a) Titulaires avec charge de famille :

$95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,02 \times 1,008 = 82,455 \text{ EUR}$ arrondi à 82,46 EUR

- b) Titulaires isolés :

$95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,02 \times 1,008 = 69,7696 \text{ EUR}$ arrondi à 69,77 EUR

- c) Titulaires cohabitants :

$95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,02 \times 1,008 = 50,7415 \text{ EUR}$ arrondi à 50,74 EUR

- **Début d'incapacité du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005**
 - Invalide avant le 1^{er} janvier 2007
 - a) Titulaires avec charge de famille :
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,008 \times 1,02 = 82,455 \text{ EUR}$ arrondi à 82,46 EUR
 - b) Titulaires isolés :
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,008 \times 1,02 = 69,7696 \text{ EUR}$ arrondi à 69,77 EUR
 - c) Titulaires cohabitants :
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,008 \times 1,02 = 50,7415 \text{ EUR}$ arrondi à 50,74 EUR
 - Invalide à partir du 1^{er} janvier 2007 ¹
 - a) Titulaires avec charge de famille :
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,008 \times 1,02 = 83,2795 \text{ EUR}$ arrondi à 83,28 EUR
 - b) Titulaires isolés :
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,008 \times 1,02 = 70,4673 \text{ EUR}$ arrondi à 70,47 EUR
 - c) Titulaires cohabitants :
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,008 \times 1,02 = 51,2489 \text{ EUR}$ arrondi à 51,25 EUR
- **Début d'incapacité du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007**
 - Invalide avant le 1^{er} janvier 2007 ²
 - a) Titulaires avec charge de famille :
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,008 = 80,8382 \text{ EUR}$ arrondi à 80,84 EUR
 - b) Titulaires isolés :
 $95,3768 \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,008 = 68,4016 \text{ EUR}$ arrondi à 68,4 EUR
 - c) Titulaires cohabitants :
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,008 = 49,7466 \text{ EUR}$ arrondi à 49,75 EUR
 - Invalide du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008
 - a) Titulaires avec charge de famille :
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,008 = 81,6466 \text{ EUR}$ arrondi à 81,65 EUR
 - b) Titulaires isolés :
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,008 = 69,0856 \text{ EUR}$ arrondi à 69,09 EUR
 - c) Titulaires cohabitants :
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,008 = 50,2441 \text{ EUR}$ arrondi à 50,24 EUR
 - Invalide à partir du 1^{er} janvier 2009 ¹
 - a) Titulaires avec charge de famille :
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,008 = 82,2997 \text{ EUR}$ arrondi à 82,3 EUR
 - b) Titulaires isolés :
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,008 = 69,6382 \text{ EUR}$ arrondi à 69,64 EUR
 - c) Titulaires cohabitants :
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,008 = 50,646 \text{ EUR}$ arrondi à 50,65 EUR

1. Cette rubrique concerne des titulaires pour qui la période d'incapacité primaire a été suspendue en raison d'une période de maternité.

2. Cette rubrique concerne des titulaires assurés étrangers qui sont reconnus invalides avant d'avoir atteint un an d'incapacité.

- o Début d'incapacité à partir du 1^{er} janvier 2008

- o Invalide avant le 1^{er} janvier 2009 ¹

- a) Titulaires avec charge de famille :
96,3306 EUR x 1,2936 x 65 % = 80,9986 EUR arrondi à 81 EUR
- b) Titulaires isolés :
96,3306 EUR x 1,2936 x 55 % = 68,5373 EUR arrondi à 68,54 EUR
- c) Titulaires cohabitants :
96,3306 EUR x 1,2936 x 40 % = 49,8453 EUR arrondi à 49,85 EUR

- o Invalide du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2010

- a) Titulaires avec charge de famille :
97,1012 EUR x 1,2936 x 65 % = 81,6466 EUR arrondi à 81,65 EUR
- b) Titulaires isolés :
97,1012 EUR x 1,2936 x 55 % = 69,0856 EUR arrondi à 69,09 EUR
- c) Titulaires cohabitants :
97,1012 EUR x 1,2936 x 40 % = 50,2441 EUR arrondi à 50,24 EUR

- o Invalide à partir du 1^{er} janvier 2011

- a) Titulaires avec charge de famille :
97,7809 EUR x 1,2936 x 65 % = 82,2181 EUR arrondi à 82,22 EUR
- b) Titulaires isolés :
97,7809 EUR x 1,2936 x 55 % = 69,5692 EUR arrondi à 69,57 EUR
- c) Titulaires cohabitants :
97,7809 EUR x 1,2936 x 40 % = 50,5957 EUR arrondi à 50,6 EUR

3. Cumul avec l'allocation de handicapé.

Le tableau VI, en annexe, donne les montants qui doivent être pris en considération, à partir du 1^{er} février 2012, pour les handicapés qui restent soumis à l'application de la loi du 27 juin 1969 en vertu des dispositions transitoires prévues à l'article 28 de la loi du 27 février 1987 relatives aux allocations aux handicapés (ces montants valent seulement si l'intéressé bénéficie d'une allocation complète).

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

4. Indemnités partielles d'invalidité dans le cadre des Règlements de la C.E.E.

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

1. Cette rubrique concerne des titulaires assurés étrangers qui sont reconnus invalides avant d'avoir atteint un an d'incapacité.

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

$$\begin{array}{rcc} \text{Montant non arrondi de} & & \text{Montant pour ordre non} \\ \text{la prestation partielle} & \times & \text{arrondi au 1^{er} février 2012} \\ \text{au 31 janvier 2012} & & \hline & & \text{Montant pour ordre non} \\ & & \text{arrondi au 31 janvier 2012} \end{array}$$

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

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

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

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

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

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

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

Voici ces planchers à partir du 1^{er} février 2012 :

- a) Titulaires avec charge de famille : 56,24 EUR
- b) Titulaires sans charge de famille : 46,69 EUR

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

- a) Titulaires avec charge de famille : 56,25 EUR à 58,27 EUR
- b) Titulaires sans charge de famille : 46,7 EUR à 48,37 EUR

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

- a) Titulaires avec charge de famille : 58,28 EUR
- b) Titulaires sans charge de famille : 48,38 EUR

REPOS DE MATERNITÉ

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

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

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

À partir du 31^e jour du repos de maternité l'indemnité s'élève à :

- 75 % du salaire plafonné.

À partir du 1^{er} février 2012, les indemnités maximales sont les suivantes :

- **Pour les cas du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008**

- a) 30 premiers jours :
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 79,5 \% = 99,0675 \text{ EUR}$ arrondi à 99,07 EUR
- b) À partir du 31^e jour :
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 75 \% = 93,4599 \text{ EUR}$ arrondi à 93,46 EUR

- **Pour les cas du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2010**

- a) 30 premiers jours :
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 79,5 \% = 99,86 \text{ EUR}$ arrondi à 99,86 EUR
- b) À partir du 31^e jour :
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 75 \% = 94,2076 \text{ EUR}$ arrondi à 94,21 EUR

- **Pour les cas à partir du 1^{er} janvier 2011**

- a) 30 premiers jours :
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 79,5 \% = 100,5591 \text{ EUR}$ arrondi à 100,56 EUR
- b) À partir du 31^e jour :
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 75 \% = 94,867 \text{ EUR}$ arrondi à 94,87 EUR

ÉCARTEMENT DU TRAVAIL

(art. 219^{bis} et 219^{ter} de l'A.R. du 03.07.1996)

Écartement pour cause de grossesse

Avant le 1^{er} janvier 2010, l'écartement du travail pour cause de grossesse était une compétence partagée entre le Fonds des maladies professionnelles (FMP) et l'INAMI. Les titulaires étaient indemnisées à un pourcentage différent selon qu'elles étaient prises en charge par le FMP ou l'INAMI. Les titulaires prises en charge par l'INAMI percevaient une indemnité égale à 60 % du salaire perdu (limité au plafond AMI).

Depuis le 1^{er} janvier 2010, toutes les travailleuses enceintes écartées du travail à partir de cette date sont prises en charge par l'INAMI et perçoivent une indemnité journalière égale à 78,237% du salaire perdu (limité au plafond AMI).

Écartement pour cause d'allaitement

Les titulaires sont indemnisées à 60 % du salaire perdu (limité au plafond AMI)

Une exception est toutefois prévue pour les gardiennes d'enfants pour lesquelles l'indemnité sera calculée sur base du revenu repris au point K (Statut social des parents d'accueil).

À partir du 1^{er} février 2012, les indemnités maximales sont les suivantes :

- **Pour les cas du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008**

Écartement pour cause de grossesse et pour cause d'allaitement :

$$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 74,768 \text{ EUR arrondi à } 74,77 \text{ EUR}$$

- **Pour les cas du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009**

Écartement pour cause de grossesse et pour cause d'allaitement :

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 75,3661 \text{ EUR arrondi à } 75,37 \text{ EUR}$$

- **Pour les cas du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2010**

Écartement pour cause de grossesse :

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 78,237 \% = 98,2715 \text{ EUR arrondi à } 98,27 \text{ EUR}$$

Écartement pour cause d'allaitement :

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 75,3661 \text{ EUR arrondi à } 75,37 \text{ EUR}$$

- **Pour les cas à partir du 1^{er} janvier 2011**

Écartement pour cause de grossesse :

$$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 78,237 \% = 98,9615 \text{ EUR arrondi à } 98,96 \text{ EUR}$$

Écartement pour cause d'allaitement :

$$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 75,8936 \text{ EUR arrondi à } 75,89 \text{ EUR}$$

CONGÉ DE NAISSANCE

(art. 223*bis* de l'A.R. du 03.07.1996)

Les pères ont droit à un congé de 10 jours dont 7 jours sont payés par l'assurance maladie invalidité.

Ces 7 jours sont indemnisés à 82 % du salaire plafonné.

À partir du 1^{er} février 2012, l'indemnité maximale devient :

- **Pour les cas du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008**

$$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 82 \% = 102,1829 \text{ EUR arrondi à } 102,18 \text{ EUR}$$

- **Pour les cas du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2010**

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 82 \% = 103,0003 \text{ EUR arrondi à } 103 \text{ EUR}$$

- Pour les cas à partir du 1^{er} janvier 2011

$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 82 \% = 103,7213 \text{ EUR}$ arrondi à 103,72 EUR

CONGÉ D'ADOPTION

(art. 223^{ter} de l'A.R. du 03.07.1996)

En cas d'adoption, les parents ont droit à un congé :

- de 6 semaines en cas d'adoption d'un enfant de moins de 3 ans
- de 4 semaines lorsque l'enfant est âgé entre 3 et moins de 8 ans

Ces durées sont doublées lorsque l'enfant est handicapé.

Trois jours sont à charge de l'employeur. Les autres jours sont indemnisés à 82 % du salaire plafonné.

À partir du 1^{er} février 2012, l'indemnité maximale devient :

- Pour les cas du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008

$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 82 \% = 102,1829 \text{ EUR}$ arrondi à 102,18 EUR

- Pour les cas du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2010

$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 82 \% = 103,0003 \text{ EUR}$ arrondi à 103 EUR

- Pour les cas à partir du 1^{er} janvier 2011

$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 82 \% = 103,7213 \text{ EUR}$ arrondi à 103,72 EUR

REPRISE DE TRAVAIL AUTORISÉE PAR LE MÉDECIN-CONSEIL

(art. 230 de l'A.R. de 03.07.1996)

À partir du 1^{er} février 2012, les montants des tranches de revenu s'élèvent à :

Première tranche : $11,8278 \text{ EUR} \times 1,2936 = 15,3004 \text{ EUR}$

Tranches suivantes : $7,0967 \text{ EUR} \times 1,2936 = 9,1803 \text{ EUR}$

ALLOCATION FORFAITAIRE POUR AIDE DE TIERCE PERSONNE

(art. 215^{bis}, 215^{ter} de l'A.R. du 03.07.1996)

À partir du 1^{er} février 2012, le montant forfaitaire pour aide de tierce personne s'élève à :

$12,8122 \text{ EUR} \times 1,2936 = 16,5739 \text{ EUR}$ arrondi à 16,57 EUR

Le montant forfaitaire pour aide de tierce personne (ATP) est d'application pour l'ensemble des titulaires à l'exception des titulaires sans charge de famille qui bénéficiaient d'une indemnité d'invalidité avec charge avant l'entrée en vigueur du forfait et pour qui la différence entre l'indemnité avec charge et sans charge était supérieure au forfait. Ces derniers pourront conserver une indemnité avec charge tant que l'aide de tierce personne leur sera reconnue et que cette ancienne règle leur sera favorable.

REVENUS AUTORISÉS DES PERSONNES À CHARGE

(art. 225 de l'A.R. du 03.07.1996)

Les montants mensuels adaptés à l'index deviennent au 1^{er} février 2012 :

707,07 EUR x 1,2936 = 914,6658 EUR arrondi à 914,67 EUR

778,1788 EUR x 1,2936 = 1 006,6521 EUR arrondi à 1 006,65 EUR

1 387,49 EUR x 1,0612 = 1 472,4044 EUR arrondi à 1 472,4 EUR (montant de base fixé au 01.10.2008)

Pour être considéré comme titulaire avec charge, le revenu mensuel brut de la personne à charge ne peut être supérieur à 914,67 EUR.

Un second plafond permet l'octroi d'une indemnité calculée en tant qu'isolé, pour autant qu'il s'agisse d'un **revenu professionnel** supérieur à 914,67 EUR mais inférieur à 1 472,40 EUR.

Un troisième plafond permet l'octroi d'une indemnité calculée en tant qu'isolé, pour autant qu'il s'agisse d'un **revenu de remplacement** supérieur à 914,67 EUR sans excéder 1 006,65 EUR.

STATUT SOCIAL DES PARENTS D'ACCUEIL

Le salaire sur lequel les cotisations de sécurité sociale sont calculées est déterminé sur base du revenu minimum mensuel moyen garanti fixé dans la C.C.T. n° 43 du 2 mai 1988. Le montant de base actuellement en vigueur a été fixé au 1^{er} octobre 2008.

À partir du 1^{er} février 2012, ce salaire s'élève à :

- a) Salaire mensuel :
1 387,49 EUR x 1,0612 = 1 472,4044 EUR arrondi à 1 472,4 EUR
- b) Salaire journalier :
1 387,49 EUR x 1,0612 / 26 = 56,6309 EUR arrondi à 56,63 EUR
- c) Salaire horaire :
1 387,49 EUR x 1,0612 x 3 / 494 = 8,9417 EUR arrondi à 8,94 EUR

ALLOCATION FORFAITAIRE POUR FRAIS FUNÉRAIRES

(art. 238 de l'A.R. du 03.07.1996)

Le montant forfaitaire non lié à l'indice santé est de 148,74 EUR.

INDEMNITÉS MAXIMALES PERÇUES DANS LE CADRE DU VOLONTARIAT

(Loi du 03.07.2005 relative aux droits des volontaires modifiée par la loi du 19.07.2006)

Le caractère non rémunéré du volontariat n'empêche pas que le volontaire puisse être indemnisé par l'Organisation pour laquelle il travaille des frais qu'il a supportés pour celle-ci. Le volontaire n'est pas tenu de prouver la réalité et le montant de ces frais, pour autant que le montant des indemnités perçues n'excède pas les montants suivants :

Pour l'exercice 2011 :

Montant journalier :

 $24,79 \text{ EUR} \times 1,2434 = 30,8239 \text{ EUR}$ arrondi à 30,82 EUR

Montant annuel :

 $991,57 \text{ EUR} \times 1,2434 = 1\,232,9181 \text{ EUR}$ arrondi à 1 232,92 EUR**Pour l'exercice 2012 :**

Montant journalier :

 $24,79 \text{ EUR} \times 1,2682 = 31,4387 \text{ EUR}$ arrondi à 31,44 EUR

Montant annuel :

 $991,57 \text{ EUR} \times 1,2682 = 1\,257,5091 \text{ EUR}$ arrondi à 1 257,51 EUR

Ces montants sont indexés au 1^{er} janvier de chaque année sur base du coefficient d'augmentation en vigueur à ces différentes dates.

Si le montant total des indemnités que le volontaire a perçues de l'Organisation excède ces montants, ces indemnités ne peuvent être considérées comme un remboursement des frais supportés par le volontaire pour l'organisation que si la réalité et le montant de ces frais peuvent être justifiés au moyen de documents probants.

PRIMES DE RATTRAPAGE ET DE BIEN-ÊTRE

(art. 237^{quinquies} de l'A.R. du 03.07.1996 et art. 62 de la loi du 29.12.1990 portant des dispositions sociales)

À partir du mois de mai de l'année 2011, une **prime de rattrapage** est versée au mois de mai de chaque année (N) aux titulaires dont la durée de l'incapacité a atteint au moins 1 an au 31 décembre de l'année qui précède (N-1).

Une **prime de bien-être** est versée au mois de janvier de chaque année aux titulaires entrés en incapacité avant le 1^{er} octobre 1974. Le montant de cette prime n'est pas lié à l'évolution de l'indice santé.

Les montants de ces primes s'élèvent au 1^{er} février 2012 à :

Prime de rattrapage :

 $157,7038 \text{ EUR} \times 1,2936 = 204,0056 \text{ EUR}$ arrondi à 204,01 EUR

Prime de bien-être :

123,95 EUR

2. Régime des travailleurs indépendants

En vigueur à partir du 9 février 2012

Éléments de base

La moyenne des indices santé lissés des mois d'octobre, novembre, décembre 2011 et de janvier 2012 a atteint 117,27 points (base 2004). Par application de la loi du 2 août 1971 (M.B. 20.08.1971) il y a lieu d'adapter les indemnités des travailleurs indépendants à l'indice santé. Cet indice pivot correspond au coefficient d'augmentation $(1,02)^{13} = 1,2936$ par rapport à l'indice de base 103,14 (base 1996).

Applications

INCAPACITÉ DE TRAVAIL PRIMAIRE

(art. 9 de l'A.R. du 20.07.1971)

Depuis le 1^{er} janvier 2007, les forfaits octroyés aux titulaires en incapacité primaire avec charge et isolés sont alignés sur les montants de la pension minimum des travailleurs indépendants. Les montants de base de la pension minimum des travailleurs indépendants sont des montants annuels, ces derniers doivent donc être divisés par 312 pour obtenir une base journalière (312 = 26 jours * 12 mois).

À partir du 1^{er} février 2012, ces forfaits deviennent :

- a) Titulaires avec charge de famille :
 $12\,398,32 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 51,4053 \text{ EUR}$ arrondi à 51,41 EUR
- b) Titulaires isolés :
 $9\,529,45 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 39,5106 \text{ EUR}$ arrondi à 39,51 EUR
- c) Titulaires cohabitants :
 $24,8016 \text{ EUR} \times 1,2936 = 32,0833 \text{ EUR}$ arrondi à 32,08 EUR

INVALIDITÉ

(art.10 de l'A.R. du 20.07.1971)

Invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise

Depuis le 1^{er} janvier 2007, les forfaits octroyés aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise sont alignés sur les forfaits octroyés aux titulaires en incapacité primaire (voir point précédent).

À partir du 1^{er} février 2012, ces forfaits deviennent :

- a) Titulaires avec charge de famille :
 $12\,398,32 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 51,4053 \text{ EUR}$ arrondi à 51,41 EUR
- b) Titulaires isolés :
 $9\,529,45 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 39,5106 \text{ EUR}$ arrondi à 39,51 EUR
- c) Titulaires cohabitants :
 $24,8016 \text{ EUR} \times 1,2936 = 32,0833 \text{ EUR}$ arrondi à 32,08 EUR

Invalides ayant mis fin à leur entreprise

Depuis le 1^{er} janvier 2007, les forfaits octroyés aux invalides ayant mis fin à leur entreprise sont alignés sur les montants minima octroyés aux titulaires du régime général ayant la qualité de travailleur régulier. Les minima en question sont alignés, en ce qui concerne les titulaires avec charges et isolés, sur les montants minimum de la pension des travailleurs salariés qui sont donnés sur une base annuelle. Ces derniers doivent donc être divisés par 312 pour obtenir une base journalière (312 = 26 jours * 12 mois).

À partir du 1^{er} février 2012, ces forfaits deviennent :

- a) Titulaires avec charge de famille :
 $12\,608,39 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 52,2763 \text{ EUR}$ arrondi à 52,28 EUR
- b) Titulaires isolés :
 $10\,089,89 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 41,8342 \text{ EUR}$ arrondi à 41,83 EUR
- c) Titulaires cohabitants :
 $27,7287 \text{ EUR} \times 1,2936 = 35,8698 \text{ EUR}$ arrondi à 35,87 EUR

MATERNITÉ

(art. 93 et 94 de l'A.R. du 20.07.1971)

Le repos de maternité est une période de minimum 3 semaines (une avant et deux après l'accouchement). Cette période peut être prolongée par blocs d'une ou plusieurs semaines avec un maximum de 8 semaines. Cette période est prolongée d'une semaine en cas de naissance multiple.

À partir du 1^{er} février 2012, le montant de l'allocation de maternité hebdomadaire s'élève à :

$308,22 \text{ EUR} \times 1,2936 = 398,71 \text{ EUR}$

ADOPTION

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

En cas d'adoption, les parents ont droit à un congé :

- de 6 semaines en cas d'adoption d'un enfant de moins de 3 ans
- de 4 semaines lorsque l'enfant est âgé entre 3 et moins de 8 ans

Ces durées sont doublées lorsque l'enfant est handicapé.

À partir du 1^{er} février 2012, le montant de l'allocation d'adoption hebdomadaire s'élève à :

$308,22 \text{ EUR} \times 1,2936 = 398,71 \text{ EUR}$

REVENU PROFESSIONNEL ANNUEL AUTORISÉ

(art. 28bis de l'A.R. du 20.07.1971)

En cas de reprise d'une activité rémunérée autorisée, les indemnités dues à partir de la quatrième année civile qui suit le début de cette activité peuvent être soit suspendues soit réduites. Les montants du revenu professionnel annuel mentionné ci-après ne sont pas liés à l'évolution de l'indice santé.

Les indemnités sont suspendues si les revenus professionnels de l'activité autorisée dépassent d'au moins 15 % le montant du revenu professionnel annuel autorisé qui s'élève à 17 149,19 EUR à partir des revenus de 2008.

Si les revenus professionnels de l'activité autorisée dépassent de moins de 15 % ces montants du revenu professionnel annuel autorisé, les indemnités sont réduites à concurrence du pourcentage de dépassement.

ALLOCATION FORFAITAIRE POUR AIDE DE TIERCE PERSONNE

(art. 12 de l'A.R. du 20.07.1971)

À partir du 1^{er} février 2012, le montant de l'allocation forfaitaire pour aide de tierce personne s'élève à :

$$12,8122 \text{ EUR} \times 1,2936 = 16,5739 \text{ EUR arrondi à } 16,57 \text{ EUR}$$

REVENUS AUTORISÉS DES PERSONNES À CHARGE

(art. 9, § 1^{er}, 1^o de l'A.R. du 20.07.1971)

Les montants mensuels adaptés à l'index deviennent au 1^{er} février 2012 :

$$707,07 \text{ EUR} \times 1,2936 = 914,6658 \text{ EUR arrondi à } 914,67 \text{ EUR}$$

$$778,1788 \text{ EUR} \times 1,2936 = 1 006,6521 \text{ EUR arrondi à } 1 006,65 \text{ EUR}$$

$$1 387,49 \times 1,0612 = 1 472,4044 \text{ EUR arrondi à } 1 472,4 \text{ EUR (montant de base fixé au } 01.10.2008)$$

Pour être considéré comme titulaire avec charge, le revenu mensuel brut de la personne à charge ne peut être supérieur à 914,67 EUR.

Un second plafond permet l'octroi d'une indemnité calculée en tant qu'isolé, pour autant qu'il s'agisse d'un revenu professionnel supérieur à 914,67 EUR mais inférieur à 1 472,40 EUR.

Un troisième plafond permet l'octroi d'une indemnité calculée en tant qu'isolé, pour autant qu'il s'agisse d'un revenu de remplacement supérieur à 914,67 EUR, sans excéder 1 006,65 EUR.

INDEMNITÉS MAXIMALES PERÇUES DANS LE CADRE DU VOLONTARIAT

(Loi du 03.07.2005 relative aux droits des volontaires modifiée par la loi du 19.07.2006)

Le caractère non rémunéré du volontariat n'empêche pas que le volontaire puisse être indemnisé par l'Organisation pour laquelle il travaille pour des frais qu'il a supportés pour celle-ci. Le volontaire n'est pas tenu de prouver la réalité et le montant de ces frais, pour autant que le montant des indemnités perçues n'excède pas les montants suivants :

Pour l'exercice 2011 :

Montant journalier :

$24,79 \text{ EUR} \times 1,2434 = 30,8239 \text{ EUR}$ arrondi à 30,82 EUR

Montant annuel :

$991,57 \text{ EUR} \times 1,2434 = 1\,232,9181 \text{ EUR}$ arrondi à 1 232,92 EUR

Pour l'exercice 2012 :

Montant journalier :

$24,79 \text{ EUR} \times 1,2682 = 31,4387 \text{ EUR}$ arrondi à 31,44 EUR

Montant annuel :

$991,57 \text{ EUR} \times 1,2682 = 1\,257,5091 \text{ EUR}$ arrondi à 1 257,51 EUR

Ces montants sont indexés au 1^{er} janvier de chaque année sur base du coefficient d'augmentation en vigueur à ces différentes dates.

Si le montant total des indemnités que le volontaire a perçu de l'Organisation excède ces montants, ces indemnités ne peuvent être considérées comme un remboursement des frais supportés par le volontaire pour l'organisation que si la réalité et le montant de ces frais peuvent être justifiés au moyen de documents probants.

PRIME DE RATTRAPAGE

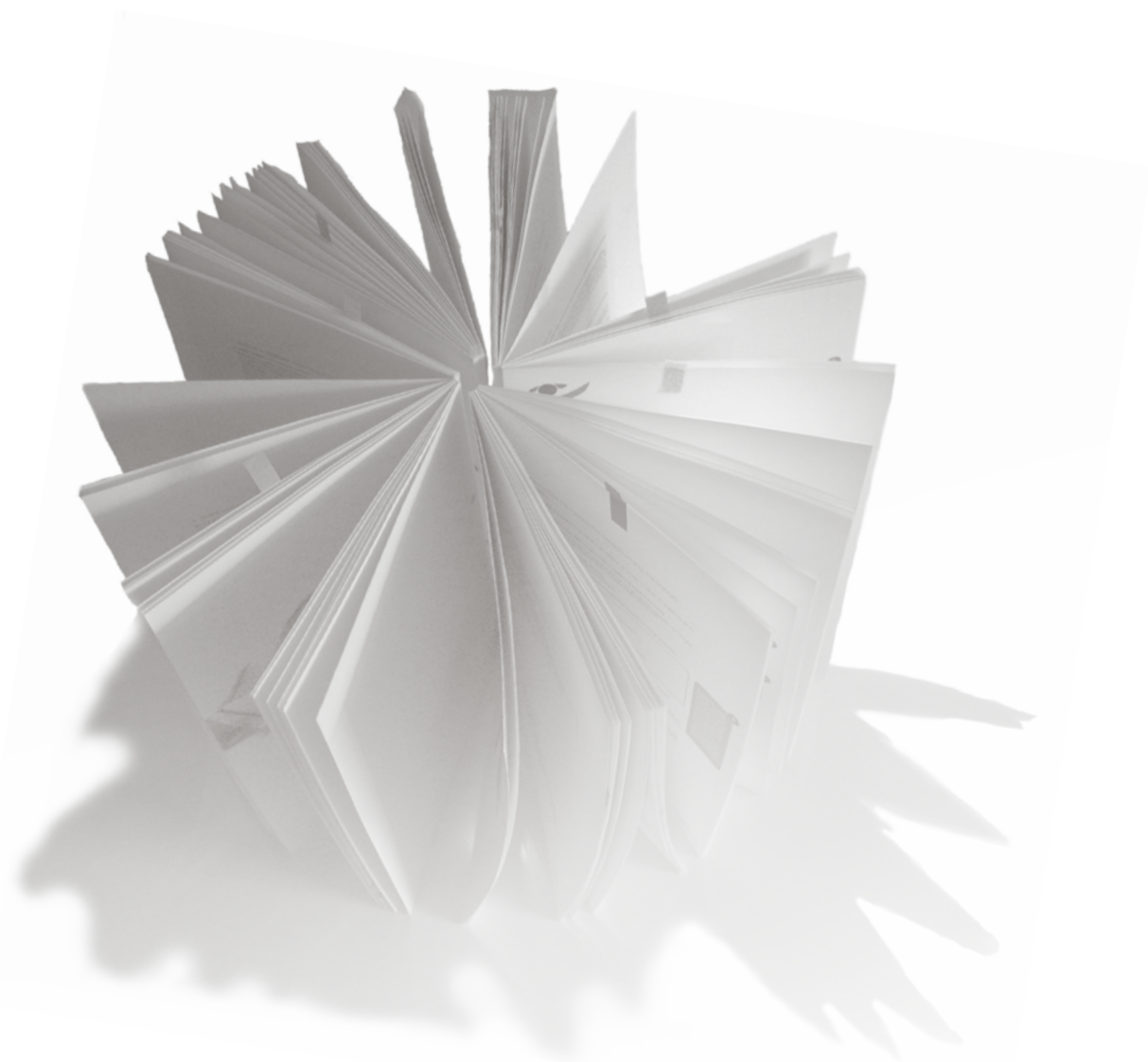
A partir du mois de mai de l'année 2011, une prime de rattrapage est versée au mois de mai de chaque année (N) aux titulaires dont la durée de l'incapacité a atteint au moins 1 an au 31 décembre de l'année qui précède (N-1).

Prime de rattrapage :

$157,7038 \text{ EUR} \times 1,2936 = 204,0056 \text{ EUR}$ arrondi à 204,01 EUR

6^e Partie

Statistiques



Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 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 d'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
- Solde					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) À 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	1.179.266	
b) Imagerie médicale	265.925	548.189	821.823	1.123.492	
c) Consultations, visites et avis	481.137	921.764	1.340.380	1.802.427	
d) Prestations spéciales	295.200	599.227	893.804	1.205.161	
e) Chirurgie	267.290	539.713	796.219	1.071.069	
f) Gynécologie	22.858	45.751	69.424	93.536	
g) Surveillance	91.284	184.835	275.739	367.681	
h) Forfait accréditation médecins	3.180	3.180	9.076	10.611	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	46	6.181	6.471	6.550	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	9.075	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	4.924	33.832	52.243	64.251	
m) Fonds d'impulsion	906	3.004	5.709	7.519	
n) Soutien de la pratique médecine générale	430	542	1.393	15.942	
Total médecins	1.715.378	3.464.709	5.141.826	6.956.580	7.110.317
2. a) Honoraires dentaires	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accréditation	7	12	13.121	13.289	13.198
Total dentistes	198.161	388.851	579.468	775.564	810.470
3. Prestations pharmaceutiques	1.093.238	2.192.274	3.265.907	4.397.247	4.295.729
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	267.794	541.060	829.513	1.116.374	1.128.320
5. Frais spécifiques services soins à domicile	9.633	9.633	19.723	19.723	20.006
6. Soins par kinésithérapeutes	159.486	316.575	457.864	606.694	585.715
7. Soins par bandagistes	58.879	123.040	184.922	252.193	261.062
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	137.405	273.121	404.789	551.283	677.402
10. Soins par opticiens	6.589	12.397	17.749	23.445	30.085
11. Soins par audiciens	11.962	24.057	35.462	46.819	45.988
12. Accouchements par accoucheuses	3.846	7.541	11.514	15.444	15.737
13. Prix de la journée d'entretien	1.216.571	2.465.321	3.715.104	4.975.697	5.120.839
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	51.959	107.264	162.247	219.409	213.069
Transport	0	0	0	0	238
Total	1.268.530	2.572.585	3.877.351	5.195.106	5.334.146
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.278	5.205	7.599	9.427	7.667
15. Dialyse					
a) Médecins	35.638	71.437	108.713	147.383	149.630
b) Forfait dialyse rénale	32.692	65.673	100.633	137.130	140.214
c) À domicile, dans un centre	25.795	51.448	79.077	106.963	106.447
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	0
Total dialyse	94.125	188.558	288.423	391.476	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	1.186.508	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	220.883	427.173	643.341	861.167	
c) Centres de soins de jour	3.773	7.677	11.739	16.394	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	76.257	144.467	215.585	284.128	
e) Prime syndicale	2.341	2.341	4.293	4.293	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	5.048	7.309	10.449	13.474	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	0	277	
Total	604.424	1.169.916	1.766.594	2.366.241	2.367.070
17. Fin de carrière	34.469	55.688	76.854	98.023	97.155
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	22.934	46.475	72.101	95.944	106.370
b) Initiatives d'habitation protégée	9.268	18.349	27.933	38.550	41.201
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	590	1.260	1.919	2.575	2.634
Total	32.792	66.084	101.953	137.069	150.205
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	115.340	243.652	363.792	499.945	561.805
20. Fond Spécial	5.367	8.483	9.952	12.118	17.643
21. Logopédie	19.587	39.551	55.007	74.519	72.903
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.597	14.324	21.549	28.774	25.904
24. Régularisations + Refacturation	-40.299	-65.669	-84.691	-99.826	-71.017
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
b) MAF fiscal	0	0	0	0	
Total maximum à facturer	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
26. Patients chroniques	20.769	35.658	55.409	85.823	96.927
27. Soins palliatifs	3.567	7.668	10.592	11.460	12.422
28. Soins palliatifs (patient)	3.254	6.344	9.483	12.705	20.092
29. Matériel corporel humain	1.207	2.583	4.055	5.537	8.980
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	121	235	397	535	526
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	127	225	318	403	568
b) COMA	119	247	373	500	783
c) Projets thérapeutiques	134	263	407	521	1.335
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	380	735	1.098	1.424	2.686
32. Internés	6.506	6.687	16.048	30.863	32.620
33. Sevrage tabac	224	430	629	837	2.535
34. Circuit de soins psychiatriques	58	1.248	1.713	1.774	3.828
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	50.000

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38. Maisons médicales	19.498	41.040	62.988	87.225	84.896
39. SM/SLA/Huntington	1.408	3.239	4.888	6.432	8.563
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	9.069
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	12.507
44. Maladies rares	0	0	0	0	2.964
45. Accord social	0	0	7.964	18.076	17.930
46. Divers	1.297	1.480	2.745	8.295	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	5.993.222	11.922.691	17.837.628	24.077.877	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	-1,0	-1,4
b) Imagerie médicale	-0,7	0,7	3,1	5,1
c) Consultations, visites et avis	5,5	5,0	3,4	5,2
d) Prestations spéciales	0,8	2,1	2,8	2,8
e) Chirurgie	4,3	5,2	4,3	3,9
f) Gynécologie	2,9	3,2	4,1	3,4
g) Surveillance	0,3	3,4	3,5	3,2
h) Forfait accréditation médecins	11,3	11,2	4,3	-24,6
i) Forfait dossier médical	0,0	0,0	0,0	0,0
j) Forfait télématique	475,0	0,3	2,2	2,8
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	-64,1	73,4	130,8	114,9
m) Fonds d'impulsion	-31,4	-14,3	7,9	-1,8
n) Soutien de la pratique médecine générale	-55,3	-62,6	-15,2	33,7
Total médecins	0,3	2,5	3,2	4,4
2. a) Honoraires dentaires	3,9	2,0	2,0	2,4
b) Forfait accréditation	0,0	-14,3	13,3	13,3
Total dentistes	3,9	2,0	2,3	2,5
3. Prestations pharmaceutiques	4,2	4,2	3,8	3,5
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	4,2	3,3	5,4	5,7
5. Frais spécifiques services soins à domicile	3,9	3,9	6,0	5,7
6. Soins par kinésithérapeutes	6,5	5,1	4,9	4,6
7. Soins par bandagistes	8,7	7,5	6,1	6,1
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	7,0	7,2	6,3	6,7
10. Soins par opticiens	7,7	2,6	1,8	2,7
11. Soins par audiciens	4,6	10,2	8,2	7,5
12. Accouchements par accoucheuses	12,3	8,2	8,8	7,5
13. Prix de la journée d'entretien	8,4	8,8	8,4	7,6
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	8,8	10,1	10,4	9,3
Transport	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Total	8,4	8,9	8,4	7,6

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
14. Hôpital militaire - prix all-in	64,2	148,9	47,3	42,2
15. Dialyse				
a) Médecins	3,4	5,4	6,5	5,3
b) Forfait dialyse rénale	2,5	4,0	7,0	6,4
c) A domicile, dans un centre	2,2	4,6	7,9	4,8
d) Dialyse de nuit	0,0	0,0	0,0	0,0
Total dialyse	2,8	4,7	7,1	5,6
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	10,5	11,8	13,3	13,5
b) Maisons de repos pour personnes âgées	2,7	2,2	2,6	1,8
c) Centres de soins de jour	9,1	13,1	14,5	18,4
d) Harmonisation salariale personnel MRS	-8,4	-3,5	-0,1	0,8
e) Prime syndicale	2,0	2,0	87,1	87,1
f) Renouvellements de soins (art. 56)	2.570,9	3.767,2	-4,9	3,6
g) Centres de jour palliatifs	0,0	0,0	-100,0	-48,9
Total	5,6	6,7	7,4	7,4
17. Fin de carrière	-1,2	3,0	5,3	6,6
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	5,8	11,1	12,7	10,4
b) Initiatives d'habitation protégée	-2,2	0,2	2,5	5,7
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	7,3	16,1	14,4	14,6
Total	3,4	7,9	9,8	9,1
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	2,0	4,8	4,8	5,3
20. Fond Spécial	33,4	3,2	-2,1	-36,2
21. Logopédie	8,3	7,1	7,1	6,4
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0	0,0	0,0	0,0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	23,2	17,7	16,1	9,6
24. Régularisations + Refacturation	-18,7	-15,3	-15,9	-20,4
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	3,7	-7,3	0,1	1,0
b) MAF fiscal	0,0	0,0	0,0	0,0
Total maximum à facturer	3,7	-7,3	0,1	1,0
26. Patients chroniques	0,8	0,2	-0,2	0,6
27. Soins palliatifs	3,4	6,9	6,6	9,5

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	3,1
29. Matériel corporel humain	-15,9	-3,5	-8,4	-1,0
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	-5,5	-2,9	3,7	3,3
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	49,4	18,4	17,3	10,4
b) COMA	0,8	-0,4	0,3	3,1
c) Projets thérapeutiques	15,5	22,3	5,7	-5,8
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	19,1	12,6	6,8	1,5
32. Internés	-26,7	-51,3	-18,6	-15,2
33. Sevrage tabac	89,8	56,9	47,3	37,0
34. Circuit de soins psychiatriques	0,0	-25,4	-10,0	-9,2
35. Provision de stabilité	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds assuétudes	109,6	0,0	0,0	0,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Maisons médicales	11,4	14,2	17,1	18,9
39. SM/SLA/Huntington	29,8	33,1	29,4	25,7
40. Patients chroniques extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Trajets de soins	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds d'indemnisation	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Maladies rares	0,0	0,0	0,0	0,0
45. Accord social	0,0	0,0	0,0	0,0
46. Divers	213,3	-21,0	19,9	-15,3
Total général	4,4	4,9	5,4	5,5

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	97,8
2. a) Honoraires dentaires	24,9	48,8	71,0	95,6
b) Forfait accréditation	0,1	0,1	99,4	100,7
Total dentistes	24,5	48,0	71,5	95,7
3. Prestations pharmaceutiques	25,4	51,0	76,0	102,4
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	23,7	48,0	73,5	98,9
5. Frais spécifiques services soins à domicile	48,2	48,2	98,6	98,6
6. Soins par kinésithérapeutes	27,2	54,0	78,2	103,6
7. Soins par bandagistes	22,6	47,1	70,8	96,6
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	20,3	40,3	59,8	81,4
10. Soins par opticiens	21,9	41,2	59,0	77,9
11. Soins par audiciens	26,0	52,3	77,1	101,8
12. Accouchements par accoucheuses	24,4	47,9	73,2	98,1
13. Prix de la journée d'entretien	23,8	48,1	72,5	97,2
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	24,4	50,3	76,1	103,0
Transport	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	23,8	48,2	72,7	97,4

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2011 dans l'objectif 2011 - suite				
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	29,7	67,9	99,1	123,0
15. Dialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
a) Médecins	23,8	47,7	72,7	98,5
b) Forfait dialyse rénale	23,3	46,8	71,8	97,8
c) À domicile, dans un centre	24,2	48,3	74,3	100,5
d) Dialyse de nuit	0,0	0,0	0,0	0,0
Total dialyse	23,8	47,6	72,8	98,8
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	100,0
17. Fin de carrière	35,5	57,3	79,1	100,9
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	21,6	43,7	67,8	90,2
b) Initiatives d'habitation protégée	22,5	44,5	67,8	93,6
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	22,4	47,8	72,9	97,8
Total	21,8	44,0	67,9	91,3
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	20,5	43,4	64,8	89,0
20. Fond Spécial	30,4	48,1	56,4	68,7
21. Logopédie	26,9	54,3	75,5	102,2
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0	0,0	0,0	0,0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	29,3	55,3	83,2	111,1
24. Régularisations + Refacturation	56,7	92,5	119,3	140,6
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	33,0	42,3	58,9	86,8
b) MAF fiscal	0,0	0,0	0,0	0,0
Total maximum à facturer	33,0	42,3	58,9	86,8
26. Patients chroniques	21,4	36,8	57,2	88,5
27. Soins palliatifs	28,7	61,7	85,3	92,3
28. Soins palliatifs (patient)	16,2	31,6	47,2	63,2
29. Matériel corporel humain	13,4	28,8	45,2	61,7

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 voiturettes	23,0	44,7	75,5	101,7
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	22,4	39,6	56,0	71,0
b) COMA	15,2	31,5	47,6	63,9
c) Projets thérapeutiques	10,0	19,7	30,5	39,0
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	14,1	27,4	40,9	53,0
32. Internés	19,9	20,5	49,2	94,6
33. Sevrage tabac	8,8	17,0	24,8	33,0
34. Circuit de soins psychiatriques	1,5	32,6	44,7	46,3
35. Provision de stabilité	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds assuétudes	100,0	100,0	100,0	100,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Maisons médicales	23,0	48,3	74,2	102,7
39. SM/SLA/Huntington	16,4	37,8	57,1	75,1
40. Patients chroniques extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Trajets de soins	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds d'indemnisation	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Maladies rares	0,0	0,0	0,0	0,0
45. Accord social	0,0	0,0	44,4	100,8
46. Divers	4,2	4,8	8,9	26,9
Total général	23,2	46,1	69,0	93,1

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs				
Libellé	Mars 2011 (1)	Juin 2011 (2)	Septembre 2011 (3)	Décembre 2011 (4)
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-7,30	-7,93	-4,33	1,39
b) Imagerie médicale	-1,97	-1,25	1,58	5,06
c) Consultations, visites et avis	0,79	1,57	0,88	5,21
d) Prestations spéciales	2,21	2,26	2,94	2,75
e) Chirurgie	3,29	4,71	4,19	3,92
f) Gynécologie	0,72	2,10	3,83	3,43
g) Surveillance	2,10	3,60	3,57	3,21
h) Forfait accréditation médecins	0,65	45,09	3,07	-24,59
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	7,14	-1,69	2,78	2,79
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	-52,66	5,53	78,06	114,89
m) Fonds d'impulsion	-14,40	-12,75	16,15	-1,80
n) Soutien de la pratique médecine générale	9,60	5,09	13,63	33,74
Total médecins	-0,81	0,15	1,53	4,36
2. a) Honoraires dentaires	2,86	1,48	1,46	2,36
b) Forfait accréditation	7,48	7,45	13,60	13,26
Total dentistes	2,93	1,56	1,65	2,53
3. Prestations pharmaceutiques	4,13	4,52	4,12	3,47
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	5,37	4,43	5,79	5,72
5. Frais spécifiques services soins à domicile	3,39	3,39	6,35	5,72
6. Soins par kinésithérapeutes	5,26	4,67	4,43	4,60
7. Soins par bandagistes	10,74	9,53	7,56	7,45
8. Soins par orthopédistes	6,36	5,14	3,25	5,11
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	6,67	7,88	6,57	6,74
10. Soins par opticiens	2,87	1,19	0,65	2,68
11. Soins par audiciens	7,49	9,07	8,29	7,53
12. Accouchements par accoucheuses	8,28	6,47	8,05	7,52
13. Prix de la journée d'entretien	4,95	7,22	8,09	7,55
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	4,49	6,91	8,70	9,29
Transport				
Total	4,93	7,20	8,12	7,62

(1) Mars 2011 = (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) / (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009)
(2) Juin 2011 = (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) / (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009)
(3) Septembre 2011 = (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) / (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009)
(4) Décembre 2011 = (12 mois 2011) / (12 mois 2010)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

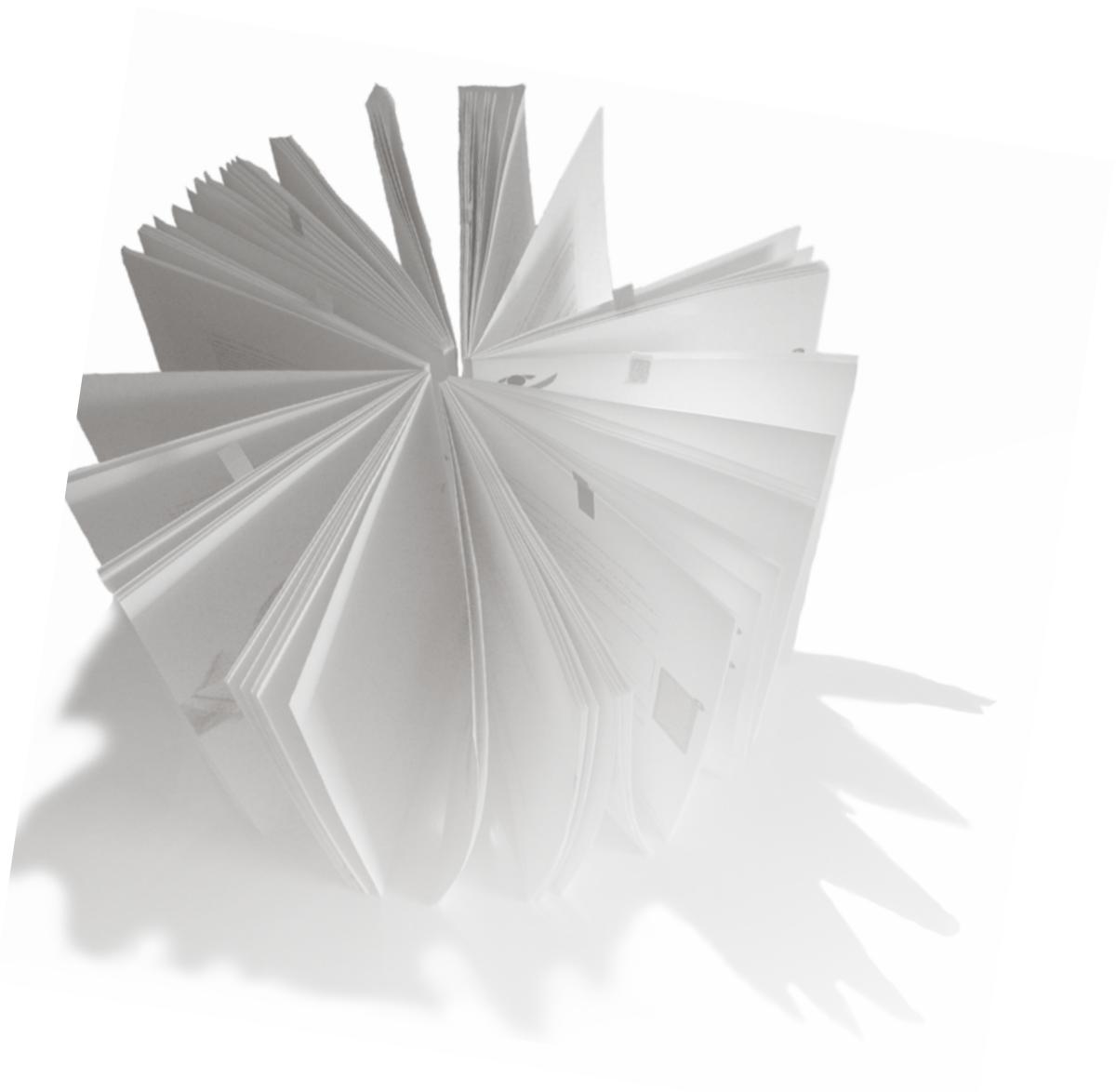
Libellé	Mars 2011 (1)	Juin 2011 (2)	Septembre 2011 (3)	Décembre 2011 (4)
14. Hôpital militaire - prix all-in	-13,03	57,62	18,36	42,19
15. Dialyse				
a) Médecins	2,71	4,32	6,86	5,33
b) Forfait dialyse rénale	1,75	2,59	6,83	6,44
c) À domicile, dans un centre	4,05	3,44	8,90	4,81
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	2,74	3,47	7,40	5,57
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	9,50	10,70	12,40	13,51
b) Maisons de repos pour personnes âgées	0,94	1,66	2,58	1,76
c) Centres de soins de jour	7,78	8,83	11,87	18,43
d) Harmonisation salariale personnel MRS	3,30	1,85	1,75	0,81
e) Prime syndicale	2,00	2,00	87,06	87,06
f) Renouvellements de soins (art. 56)	4.578,27	8.807,96	13,23	3,55
g) Centres de jour palliatifs			-100,00	-48,89
Total	6,12	6,94	7,28	7,40
17. Fin de carrière	8,70	7,46	7,12	6,60
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	2,30	6,58	10,00	10,45
b) Initiatives d'habitation protégée	-0,43	-0,18	1,88	5,72
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	10,86	14,79	14,54	14,60
Total	1,64	4,73	7,71	9,15
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	5,46	5,80	5,37	5,33
20. Fond Spécial	82,85	40,16	27,65	-36,20
21. Logopédie	7,40	6,93	6,89	6,39
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	27,86	18,85	17,07	9,63
24. Régularisations + Refacturation	-18,32	-12,12	-15,03	-20,43
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-0,68	-5,86	-1,29	1,02
b) MAF fiscal	-100,00	-100,00	-100,00	
Total maximum à facturer	-0,37	-5,67	-1,23	1,02

(1) Mars 2011 = (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) / (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009)
(2) Juin 2011 = (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) / (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009)
(3) Septembre 2011 = (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) / (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009)
(4) Décembre 2011 = (12 mois 2011) / (12 mois 2010)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite				
Libellé	Mars 2011 (1)	Juin 2011 (2)	Septembre 2011 (3)	Décembre 2011 (4)
26. Patients chroniques	2,32	2,49	2,58	0,62
27. Soins palliatifs	3,17	5,79	3,30	9,50
28. Soins palliatifs (patient)	3,48	3,14	2,13	3,08
29. Matériel corporel humain	-4,09	-3,68	-17,95	-0,98
30. Équipes multidisciplinaires voitures	4,50	0,79	0,19	3,28
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	11,81	7,24	15,08	10,41
b) COMA	-2,61	-2,62	-3,76	3,09
c) Projets thérapeutiques	-15,16	4,16	-4,80	-5,79
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-4,69	2,63	0,41	1,50
32. Internés	-3,57	-20,20	5,49	-15,16
33. Sevrage tabac	329,34	137,46	71,16	36,99
34. Circuit de soins psychiatriques	5,40	-11,77	-10,14	-9,21
35. Provision de stabilité				0,00
36. Fonds assuétudes	116,85	-18,39	-12,84	0,00
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	10,70	12,06	16,27	18,94
39. SM/SLA/Huntington	37,90	56,57	32,93	25,70
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	59,45	33,64	43,49	-15,26
Total général	3,33	4,02	4,83	5,50

(1) Mars 2011 = (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) / (3 premiers mois 2010 + 9 derniers mois 2009)
(2) Juin 2011 = (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) / (6 premiers mois 2010 + 6 derniers mois 2009)
(3) Septembre 2011 = (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) / (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009)
(4) Décembre 2011 = (12 mois 2011) / (12 mois 2010)

7^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.

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
CCP N° 679-0262153-59
Tél. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@inami.fgov.be

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726