

Sommaire

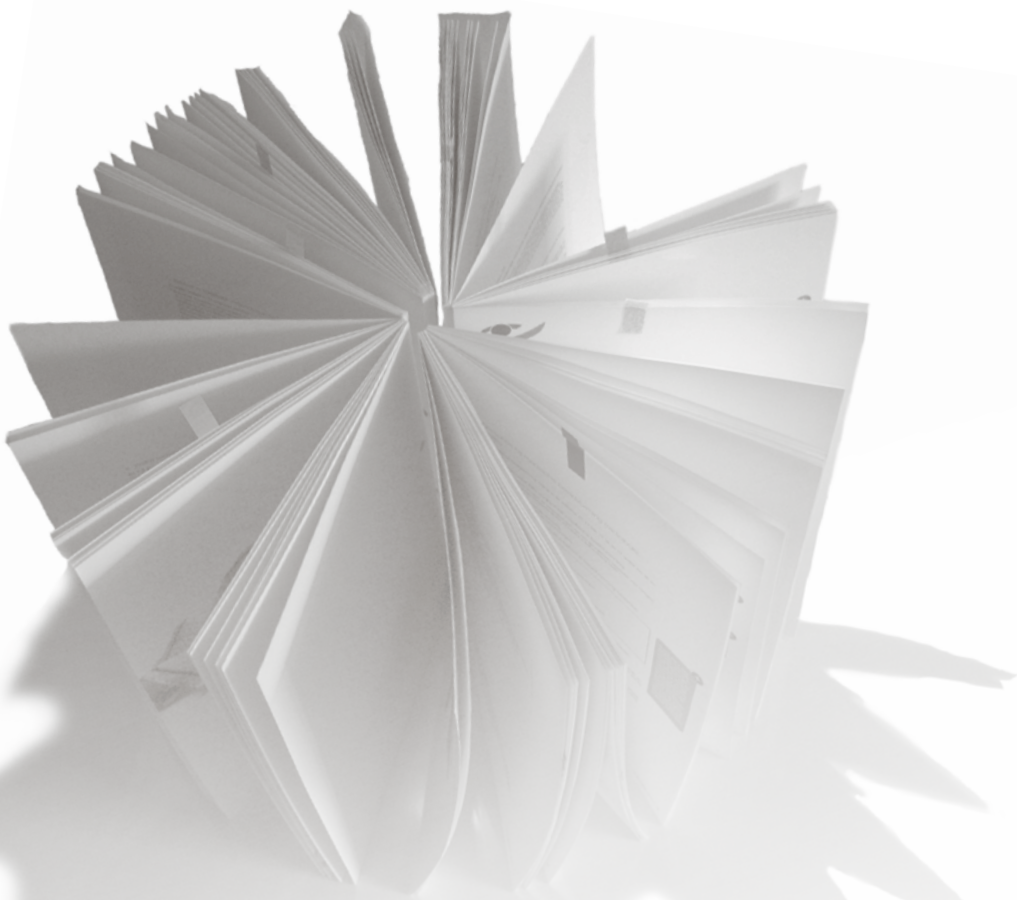
1 ^{re} Partie - Études ¹	303
Le contrôle social dans l'assurance maladie-invalidité à la lumière du nouveau Code pénal social, par G. Cools	304
2 ^e Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	337
2 ^e trimestre 2012	338
3 ^e Partie - Jurisprudence	351
I. Cour constitutionnelle, 24 mai 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 174 - Charte de l'assuré social, article 17 - Récupération de l'indu	352
II. Conseil d'État, section du contentieux administratif, 17 septembre 2012 Code judiciaire, article 828 - Loi du 14 juillet 1994, articles 140, 142, 144, 145, 146 et 191 - Évaluation et contrôle médical - Chambre de recours - Médecins-conseil - Impartialité - Fonction juridictionnelle	357
III. Cour du travail de Mons, 13 septembre 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 - Incapacité de travail - Cessation des activités	361
IV. Cour du travail de Mons, 17 octobre 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, articles 101 et 102 - Incapacité de travail - Reprise non autorisée	367
V. Tribunal de première instance de Bruxelles, 1 ^{er} octobre 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 35 <i>bis</i> - Remboursement de médicaments - Révision - Aucune apparence de droit	373

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

4 ^e Partie - Questions et réponses parlementaires	379
I. Statut OMNIO	
Nombre de bénéficiaires	380
II. INAMI	
Intégration du Fonds des accidents médicaux	381
III. Incapacité de travail	
Déclaration	383
5 ^e Partie - Directives de l'INAMI	385
I. Charte de l'assuré social : conséquences de l'arrêt rendu par la Cour Constitutionnelle au sujet de l'article 174, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, dans le secteur des soins de santé et des indemnités - Instructions aux organismes assureurs	386
II. Paiement forfaitaire de certaines prestations	390
III. Règlement du 14 décembre 2009 modifiant le Règlement du 22 mai 2006 du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la "Charte" de l'assuré social Renonciation à la récupération d'un indu en matière de soins de santé Procédure et pièces justificatives	391
IV. Réadaptation professionnelle dans le cadre de l'assurance indemnités : questions pratiques	396
6 ^e Partie - Statistiques	405
Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1 ^{er} semestre 2012	406
7 ^e Partie - Bibliographie	427
Synopsis du droit du travail belge	428
8 ^e Partie - Prix des publications	429
Publications de l'INAMI et tarifs pour 2013	430

1^{re} Partie

Études



Le contrôle social dans l'assurance maladie-invalidité à la lumière du nouveau Code pénal social

Par G. COOLS, attaché auprès du Service du contrôle administratif de l'INAMI

Introduction

Le nouveau Code pénal social (CPS) a été entériné le 6 juin 2010 par le Roi et est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2011¹. Le CPS est le résultat d'un processus de réforme du droit pénal social qui était en cours depuis plus de 10 ans déjà². Ce processus a démarré en 1999, avec le plan global de lutte contre le travail illégal de la Ministre de l'Emploi de l'époque, Madame Laurette Onkelinx. Le plan a permis, en 2001, la création d'une Commission de réforme du droit pénal social et en 2003, la mise en place d'une structure spéciale de lutte contre le travail illégal et la fraude sociale, à savoir un Conseil fédéral, un Comité fédéral de coordination et des cellules d'arrondissement³. Le but de cette structure était d'avoir une meilleure coordination et cohésion entre les différents services d'inspection sociale. Le travail cumulé au cours des années suivantes a conduit, en 2006, à la publication de quatre lois et à des réalisations dans trois domaines :

- une adaptation dans l'organisation de l'appareil judiciaire (une chambre correctionnelle au tribunal de première instance et à la cour d'appel, spécialisée dans le droit pénal social)
- quelques dispositions relatives aux nouvelles compétences des inspecteurs sociaux et aux droits et possibilités d'appel supplémentaires des intéressés
- la création du Service d'information et de recherche sociale (SIRS) dans la lutte contre la fraude sociale et le travail illégal et de la Commission de partenariat, en remplacement du Conseil fédéral et du Comité fédéral de coordination précités.

Ces réalisations ont été intégrées dans l'avant-projet et dans le CPS finalement approuvé.

En instaurant le CPS, le législateur ne voulait pas uniquement regrouper et harmoniser les dispositions légales du droit pénal social, mais également créer un véritable instrument de lutte contre la fraude sociale. Dans ce contexte, deux aspects ont une réelle importance : la possibilité accrue d'appliquer des sanctions administratives si une sanction au pénal n'est pas nécessaire (dépenalisation), et l'attention portée par le législateur aux droits de la défense.

1. M.B. 01.07.2010. Pour les matières concernant les conventions collectives de travail (CCT), la loi n'est entrée en vigueur que le 01.07.2012.
 2. Rechtskundig Weekblad, n° 13, 27.11.2010, p. 514. Het Sociaal Strafwetboek – Een nieuwe stap in de strijd tegen de sociale fraude en illegale arbeid. L'auteur, M. A. Lievens, est Substitut général près la Cour du travail de Gand.
 3. Le Conseil fédéral était chargé de l'exécution de la politique de lutte contre la fraude sociale et le travail illégal, définie par le Conseil des Ministres ; le Comité se chargeait de la coordination opérationnelle.



Abréviations couramment

utilisées :

CCT = Conventions collectives de travail

DIMONA = Déclaration

Immédiate/Onmiddellijke aangifte

SCS = Service contrôle social

CEDH = Cour européenne des droits de l'homme

e-PV = procès-verbal

électronique

EVRM =

SPF ETCS = Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale

BCE = Banque carrefour des entreprises

BCSS = Banque carrefour de la Sécurité sociale

ACA = Activité non autorisée

IPSS = Institut public de sécurité sociale

SPFP = Service public fédéral de programmation

ONAFTS = Office national des allocations familiales des travailleurs salariés

ONSS = Office national de sécurité sociale

ONP = Office national des pensions

IS = Inspection sociale (SPF Sécurité sociale)

SIRS = Service d'information et de recherche sociale

CPS = Code pénal social

SLS = Suivi des lois sociales (FED)

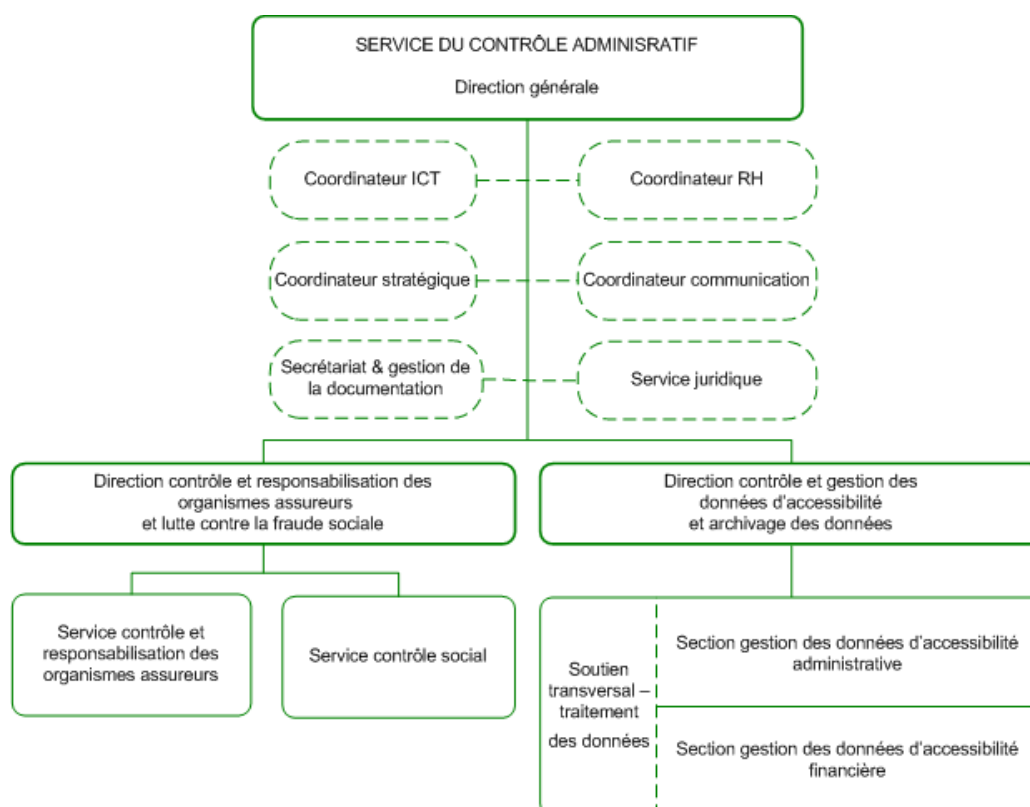
Le présent mémoire traite de l'impact de l'entrée en vigueur du CPS sur le travail du Service du contrôle social de l'INAMI. Nous commençons par expliquer de façon plus détaillée le champ d'application du contrôle social. Nous ferons ensuite une comparaison entre le CPS et la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI). Nous terminerons en exposant quelques problèmes récents concernant cette matière et les solutions qui y ont été apportées.

I. Le champ d'action des contrôleurs sociaux du SCS

L'INAMI est constitué de cinq "services opérationnels" : les Services généraux de support (SGS), le Service des soins de santé (SSS), le Service des indemnités (SI), le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) et, pour terminer, le Service du contrôle administratif (SCA).

Le SCA est régi par l'article 159 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 : *"Il est institué au sein de l'Institut un Service du contrôle administratif chargé d'assurer le contrôle administratif des prestations de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité, ainsi que le contrôle administratif sur l'observance des dispositions de la présente loi coordonnée et de ses arrêtés d'exécution ; sont toutefois exclues de ce contrôle les matières visées à la loi du 6 août 1990 sur les mutualités et les unions nationales de mutualités."*

Le Service du contrôle administratif est structuré comme suit :



Au sein du SCA, tant les inspecteurs sociaux que les contrôleurs sociaux sont chargés de détecter et de constater le concours illégal du bénéfice d'indemnités d'incapacité de travail, de congé de maternité, de congé de paternité et d'adoption, et de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'un travail frauduleux⁴.

Dans la pratique, les *inspecteurs sociaux* font toutefois partie du *Service contrôle et responsabilisation des organismes assureurs* (en abrégé "Contrôle O.A."). En ce qui concerne les dossiers de fraude, le contrôle réalisé par les inspecteurs sociaux se concentre principalement sur la récupération correcte par les mutualités des montants indus, en plus de la détection, via *datamatching* (croisement de données), de l'exercice d'une activité déclarée (blanche), mais non autorisée, simultanément à la perception d'indemnités, des assujettissements indus, des cas de fraude au domicile, etc. Les inspecteurs sociaux ont leurs bureaux dans les mutualités qui leur sont attribuées.

Les *contrôleurs sociaux* par contre font partie depuis mi-2010⁵ du Service du contrôle social et ont pour principale mission de constater les activités non déclarées (au noir), non autorisées⁶ exercées par des titulaires en incapacité de travail. Les contrôleurs sociaux travaillent depuis les sièges provinciaux de l'INAMI.

Cette séparation de fait entre les inspecteurs et les contrôleurs n'empêche pas qu'une collaboration ait été mise en place entre les services du SCA, et plus particulièrement le SCS, le Contrôle O.A. et le Service juridique, afin d'accomplir entièrement le processus de travail, depuis la déclaration d'un cas possible de fraude jusqu'à la décision définitive dans le dossier.

Concrètement, le Service reçoit une déclaration de fraude éventuelle. L'origine de cette déclaration peut être diverse, à savoir une demande d'enquête émanant d'un auditeur du travail, des informations provenant d'autres services de l'INAMI ou des mutualités, un procès-verbal ou des données d'autres services d'inspection ou encore des informations anonymes. Les informations qui arrivent à la cellule centrale sont évaluées au niveau de la recevabilité. Si ces informations sont recevables, les collaborateurs administratifs cherchent des informations supplémentaires⁷ :

- quelles sont les données légales (domicile, état civil) de l'intéressé(e)
- s'agit-il d'un titulaire en incapacité de travail
- l'intéressé(e) est-il/elle affilié(e) à un organisme assureur
- la feuille de renseignements dont dispose la mutualité
- quel est son régime (travailleur salarié ou indépendant)
- qui est son employeur ou dans quelle affaire est-il/elle impliqué(e)
- des indemnités sont-elles payées
- y a-t-il une autorisation de reprise partielle du travail donnée par le médecin-conseil
- d'éventuels autres renseignements intéressants.

Les informations collectées sont réunies dans un dossier électronique, ce qui permet au contrôleur social de démarrer son enquête avec rapidité et efficacité. Le contrôleur social évalue les informations collectées et les complète au besoin par d'autres investigations ou en demandant des renseignements à d'autres services (p. ex. la police, le cadastre, la DIV ou d'autres services d'inspection). Le contrôleur social mène son enquête sur le "terrain" et, dans ce cadre, il a le choix d'observer (p. ex. le lieu de travail présumé), de faire des constatations de visu ou d'entendre l'intéressé(e), son employeur, des collègues ou d'autres témoins⁸.

4. Art. 162 de la loi SSI.

5. Auparavant, les contrôleurs sociaux étaient attachés au Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

6. En abrégé "ANA". Il s'agit d'activités prestées par un titulaire bénéficiant d'indemnités de maladie ou d'invalidité et non déclarées à l'ONSS (ou à l'INASTI), et pour lesquelles le médecin-conseil n'a pas donné d'autorisation. Dans le jargon spécialisé, on parle d'une "activité", c.-à-d. n'importe quelle activité – même non rémunérée – ayant une valeur économique.

7. Le Service du contrôle administratif de l'INAMI a, tout comme les autres services d'inspection, la compétence de consulter certaines données bien définies de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale ainsi que quelques autres sources légalement protégées.

8. Dans ce cas, un procès-verbal d'audition est rédigé (cf. également chapitre suivant).

Le contrôleur peut également procéder à une visite domiciliaire, voire à une saisie si l'enquête l'exige. Si l'intéressé(e) est entendu(e), une copie du procès-verbal d'audition lui est envoyée.

Il arrive régulièrement qu'aucune activité non autorisée ne puisse être constatée (ni de visu, ni via suffisamment de témoins ou grâce à d'autres informations pertinentes) et/ou que l'intéressé(e) ait entre-temps changé de statut (p. ex. départ à la pension) ou qu'en fait l'intéressé(e) ait débuté correctement son activité (il/elle a prévenu sa mutualité et son employeur a fait une déclaration d'emploi). Dans ce cas, le dossier est clôturé et l'enquête reste sans suite.

Il arrive moins souvent que le contrôleur social constate une petite erreur de la part de l'assuré social, par exemple un travail ponctuel, de courte durée, en dehors du schéma de travail convenu dans le cadre de l'autorisation du médecin-conseil. Il s'agit parfois aussi d'un oubli administratif. Le contrôleur social dispose alors de la possibilité de donner un avertissement (écrit) à l'intéressé(e) ou de lui laisser un délai pour se remettre en ordre.

Pour terminer, s'il a constaté effectivement une activité non autorisée, le contrôleur social peut acter cette constatation dans un procès-verbal. De cette façon, le contrôleur social clôture *de facto* son enquête. Le procès-verbal de constatation d'infractions (en d'autres termes, le *pro justitia*) poursuit ensuite son chemin, via la cellule centrale, vers le Service juridique et vers le Service "Contrôle O.A. ".

Le Service juridique se charge de poursuivre et éventuellement de sanctionner l'intéressé(e) ; pour ce faire, le Service juridique transmet le *pro justitia* à l'intéressé(e) (dans un délai de 14 jours) ainsi qu'à l'auditeur du travail, qui décide soit des poursuites judiciaires, soit des suites administratives à y donner et des sanctions y afférentes⁹.

Le Service juridique transmet également le *pro justitia* à l'organisme assureur, afin que ce dernier puisse récupérer auprès de l'assuré les montants qui lui ont été indûment versés suite aux journées d'ANA. Il y a lieu de faire remarquer dans ce cadre que la récupération de ces "montants indus" ne constitue pas une sanction à l'égard de l'assuré, mais bien une rectification pour revenir à la situation qui prévalait avant l'infraction ; les jours où l'intéressé(e) a travaillé sans autorisation, il/elle n'avait en effet pas droit à des indemnités d'incapacité de travail.

Le Service "Contrôle O.A." reçoit également un exemplaire du dossier pour vérifier si la mutualité concernée récupère correctement le montant indu.

En résumé, on peut dire que le travail du contrôleur social au Service du contrôle social constitue une partie importante d'une procédure de surveillance étendue dans la législation relative à l'assurance maladie-invalidité. La *détection* et la *constatation* d'une infraction, et plus précisément de l'activité non autorisée, constituent l'essentiel de sa mission. En vertu de l'article 162 de la loi SSI, le contrôleur social procède à cet effet à "toute enquête ou constatation". La *phase des poursuites* est une responsabilité partagée du Service juridique et de l'auditeur du travail.

9. Des explications plus détaillées concernant les décisions de l'auditeur du travail et leurs conséquences sont fournies dans le chapitre suivant.

II. L'introduction du Code pénal social et son importance pour l'enquête sociale dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité

Le Code pénal social est composé de deux "livres"¹⁰. Le premier livre porte le titre "La prévention, la constatation et la poursuite des infractions et leur répression en général". Ce "Livre 1^{er}" est subdivisé en 6 "Titres", qui sont, en majeure partie, consacrés aux dispositions juridiques importantes dans le cadre de *procédures* (pénales) en droit social au niveau des *dossiers individuels*.

Le Code pénal social prévoit toutefois d'abord un *cadre politique*¹¹. Cette politique a un objectif double, à savoir la prévention et la surveillance de la fraude sociale et du travail illégal. Dans ce cadre, la fraude sociale est définie comme "*toute violation d'une législation sociale (fédérale)*".

Le législateur détermine également qui sont les ministres compétents (Affaires sociales, Emploi, Justice et Indépendants), comment et selon quel calendrier le plan stratégique et le plan opérationnel seront mis sur pied et quelles instances collaborent à l'exécution de ces plans.

Ce Chapitre se focalise en premier lieu sur la *procédure individuelle*, l'approche stratégique collective étant traitée dans le chapitre suivant (point 4., p. 332). Nous expliquons d'abord chaque fois les principes du Code pénal social et les comparons quand c'est possible à la législation SSI ou à la pratique du contrôleur social.

1. L'exercice de la surveillance

a. Compétences générales

Le CPS définit d'abord¹² de façon générale et synoptique quelques notions fondamentales telles que travailleurs, employeurs, bénéficiaires, données sociales, institutions publiques de sécurité sociale, mais également l'"administration compétente" et les "inspecteurs sociaux".

Les inspecteurs sociaux sont des "*fonctionnaires qui relèvent de l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions l'emploi et le travail, la sécurité sociale, les affaires sociales et la santé publique, ou qui relèvent des institutions publiques qui en dépendent*" et qui "*sont chargés de surveiller le respect des dispositions du CPS*" (y compris les arrêtés d'exécution) ainsi que des dispositions d'autres lois pour lesquelles ils étaient déjà compétents ou pour lesquelles ils seront compétents en vertu d'un arrêté royal.

10. La loi introduisant le Code pénal social du 06.06.2010 elle-même contient quatre Chapitres : le Chapitre 1^{er} comporte une (seule) disposition générale, le Chapitre 2 (237 art.) est le Code pénal social même et les Chapitres 3 et 4 sont une compilation de toute une série de dispositions modificatives, transitoires et suppressives.

11. Titre 1^{er} La politique de prévention et de surveillance.

12. CPS, Livre premier, Titre 2, Chapitre 1^{er}. Les définitions de ce Chapitre sont reprises en grande parties de la loi concernant l'inspection du travail de 1972. Le CPS abroge cette loi de 1972.

Pour le Service du contrôle social du SCA, cela implique concrètement :

- que les contrôleurs sociaux ont les mêmes compétences que les inspecteurs sociaux
 - Remarquons ici que le CPS n'utilise pas les termes "contrôleur social" mais l'ancienne loi concernant l'inspection du travail utilisait elle aussi uniquement les termes "inspecteur social" pour désigner les fonctionnaires chargés de la surveillance de cette loi. Dans la pratique, la distinction entre ces deux fonctions est toutefois basée sur le grade du fonctionnaire : un contrôleur social est un "expert technique" et un inspecteur social a le grade d'"attaché" ou un grade supérieur. Dans les discussions parlementaires¹³, la ministre de la Justice a confirmé que les termes "inspecteur social" sont utilisés dans le Code pénal social comme termes génériques pour les deux fonctions
- que les contrôleurs sociaux de l'INAMI restent naturellement compétents en ce qui concerne la réglementation SSI, mais qu'ils sont ou peuvent être également compétents pour d'autres matières de la sécurité sociale
 - La loi SSI décrit les missions des inspecteurs sociaux et des contrôleurs sociaux du Service du contrôle administratif comme suit¹⁴ :
 - détecter et constater le concours illégal du bénéficiaire d'indemnités d'incapacité de travail, de congé de maternité, de congé de paternité et d'adoption, et de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'un travail frauduleux
 - contrôler la tenue correcte des documents sociaux par les organismes assureurs
 - contrôler la déclaration immédiate (DIMONA)
 - surveiller l'application de la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne"
 - contrôler les documents sur la base desquels l'accessibilité aux prestations est déterminée.

Comme expliqué dans le Chapitre 1^{er}, la mission des contrôleurs sociaux se concentre principalement sur le premier point (concours illégal) et plus précisément sur les ANA.
 - Il faut aussi faire remarquer que les autres corps d'inspection sociale peuvent intervenir dans des matières propres à l'INAMI. Pour différents domaines, le législateur détermine quels corps d'inspection ont la compétence de surveiller le respect des dispositions du CPS¹⁵. Plusieurs corps d'inspection sont compétents pour la plupart des domaines. Le corps d'inspection de l'INAMI est expressément mentionné en ce qui concerne (naturellement) la loi SSI et en cas de faux en écriture, ou de déclarations fausses ou incomplètes, mais pas en ce qui concerne la déclaration DIMONA¹⁶. Cela ne signifie toutefois pas que le corps d'inspection sociale de l'INAMI n'est plus compétent pour cette matière. L'article 162 de la loi SSI, qui se prononce notamment sur cette compétence, n'a en effet pas été abrogé par le CPS. Ainsi, le contrôleur social de l'INAMI constatera parfois, dans la phase de démarrage d'une enquête concernant un travailleur en incapacité de travail, que l'employeur n'a pas fait de déclaration immédiate de l'emploi. Dans la pratique, le règlement du volet d'enquête relatif à l'employeur est alors laissé à d'autres corps d'inspection, alors que le corps de l'INAMI continue d'enquêter sur les aspects relatifs à l'incapacité de travail. D'autres corps d'inspection peuvent alors, à leur tour, demander que le Service du contrôle social de l'INAMI reprenne à son compte une enquête en matière d'incapacité de travail. Cela n'est pas illogique, étant donné que chaque service d'inspection est spécialisé dans la législation pour laquelle il est compétent.

13. Documents parlementaires Chambre, doc.521666/009, p. 37.

14. Loi SSI, Chapitre III, art.162.

15. A.R. du 01.07.2011, M.B. 06.07.2011.

16. La déclaration immédiate de l'emploi (DIMONA - Déclaration Immédiate/Onmiddellijke aangifte) permet à l'employeur de déclarer à l'Office national de sécurité sociale (ONSS), par voie électronique, l'engagement et la sortie de service d'un travailleur. Il est obligé de le faire pour l'entrée en service d'un travailleur.

Le CPS reconnaît également ces spécialisations de façon explicite et accorde d'ailleurs une grande attention à l'échange de données d'enquête entre les différents corps d'inspection, entre les administrations et les corps d'inspection et entre les services internationaux¹⁷. Ainsi, le CPS stipule que *lorsqu'ils l'estiment nécessaire, les inspecteurs sociaux communiquent les renseignements recueillis lors de leur enquête, aux institutions publiques et aux institutions coopérantes de sécurité sociale, aux inspecteurs sociaux des autres services d'inspection, ainsi qu'à tous les autres fonctionnaires chargés de la surveillance d'une autre législation ou de l'application d'une autre législation, dans la mesure où ces renseignements peuvent intéresser ces derniers dans l'exercice de la surveillance dont ils sont chargés ou pour l'application d'une autre législation.*

A fortiori, les inspecteurs sociaux sont obligés de communiquer ces informations lorsque les institutions publiques de sécurité sociale, les inspecteurs sociaux des autres services d'inspection ou les autres fonctionnaires chargés de la surveillance ou de l'application d'une autre législation les demandent. L'autorisation expresse de l'autorité judiciaire est toutefois nécessaire pour pouvoir communiquer des renseignements et des supports d'information collectés pendant l'exécution des tâches imposées par l'autorité judiciaire. Il y a également lieu de respecter les règles du secret médical en ce qui concerne les données médicales à caractère personnel.

L'échange des données va également dans l'autre direction : l'article 55 du CPS stipule que (...) *tous les services de l'État, y compris les parquets et les greffes des cours et de toutes les juridictions, des provinces, des communes, des associations dont elles font partie, des institutions publiques qui en dépendent, ainsi que de toutes les institutions publiques et les institutions coopérantes de sécurité sociale, sont tenus, vis-à-vis des inspecteurs sociaux et à leur demande, de leur fournir tous renseignements que ces derniers estiment utiles au contrôle du respect de la législation dont ils sont chargés, ainsi que de leur produire, pour en prendre connaissance, tous les supports d'information et de leur en fournir des copies sous n'importe quelle forme.(...) Tous les services précités sont tenus de fournir sans frais ces renseignements et ces copies.*

Une fois qu'ils ont obtenu ces données via l'échange susvisé, les fonctionnaires (administrations ou inspections) chargés de la surveillance d'une certaine législation sont également autorisés à les utiliser en fonction de cette surveillance¹⁸.

En ce qui concerne l'échange international, des données utiles *peuvent* être confiées à des services étrangers d'inspection du travail ou être transmises par de tels services, si ceux-ci appartiennent à des États membres de l'Organisation internationale du travail ou à des États avec lesquels la Belgique a conclu un accord spécifique.

Pour terminer, il y a également lieu de mentionner qu'en ce qui concerne le contrôle administratif, le législateur, lors de la rédaction du Code pénal social, a *explicitement* indiqué, via une disposition modificative, dans la loi SSI que, sans préjudice des dispositions du CPS, les acteurs auxquels les inspecteurs de l'INAMI posent des questions d'enquête¹⁹, sont tenus de fournir les informations demandées²⁰.

17. CPS, art.54-57 au Chapitre 4.- Production et communication des données.

18. Art. 56.

19. Les employeurs, les O.A., les établissements de soins et les dispensateurs de soins individuels, les offices de tarification et les bénéficiaires.

20. Loi SSI, Chapitre III (Contrôle administratif), art. 163.

En ce qui concerne les compétences générales, il est finalement important de mentionner que l'arrêté royal du 1^{er} juillet 2011 a donné dans l'urgence un contenu à un certain nombre d'articles de la version du CPS du 6 juin 2010, contenu nécessaire pour pouvoir faire entrer en vigueur le CPS au 1^{er} juillet 2011²¹. Outre les compétences susvisées des divers services d'inspection, la *Direction des amendes administratives* de la Section études juridiques, documentation et contentieux du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (SPF ETCS) est désignée (en exécution de l'art. 16, 13°, et de l'art. 70 du CPS) comme *administration compétente* pour infliger des *amendes administratives*.

b. Pouvoirs spécifiques d'enquête

Ensuite, le CPS définit un arsenal très étendu de compétences spécifiques pour les corps d'inspection sociale. Ces compétences sont²² :

- accès aux lieux de travail
- accès aux espaces habités
- collecte d'informations
- identification de personnes
- audition de personnes
- demande de données sociales et autres sur support d'information
- droit d'accès
- informations sur l'exploitation du système informatique
- intégrité des données²³
- copies
- saisie et mise sous scellés
- traduction
- prélèvement d'échantillons
- constatations par image
- pouvoir d'ordonner des mesures
- établissement et délivrance de documents
- action en cessation
- compétences en matière de santé et de sécurité des travailleurs.

Chacune de ces compétences est décrite clairement et en détail dans la loi.

L'énumération des compétences dans le CPS – aussi étendue soit-elle – n'est pas limitative. Les membres du corps peuvent en effet, *“sans préjudice des dispositions de ce chapitre (lisez : les compétences spécifiques énumérées ci-dessus), procéder à tout examen, contrôle et audition et recueillir toutes les informations qu'ils estiment nécessaires”*²⁴.

Via l'adoption du CPS (art. 79 des dispositions modificatives), le législateur a également prévu à l'article 169 de la loi SSI que *les inspecteurs sociaux, visés à l'article 16, 1°, du Code pénal social, disposent des pouvoirs visés aux articles 23 à 39 du Code pénal social lorsqu'ils agissent d'initiative ou sur demande dans le cadre de leur mission d'information, de conseil et de surveillance relative au respect des dispositions de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution.*

21. Plus précisément les articles 16, 13°, 17, 20, 63, 70 et 88.

22. Les compétences des inspecteurs sociaux en qualité d'officiers de la police judiciaire ne sont pas prises en considération dans le cadre du présent mémoire.

23. C.-à-d. que l'inspecteur est compétent pour contrôler la fiabilité des données présentées.

24. CPS, art. 25.

Plus encore, les inspecteurs sociaux disposent, en ce qui concerne le CPS et la législation pour laquelle ils sont compétents, d'un *pouvoir d'appréciation* pour²⁵ :

- fournir des renseignements et des conseils
- donner des avertissements
- fixer au contrevenant un délai pour se mettre en règle
- faire un choix en ce qui concerne les mesures nécessaires (voir aperçu ci-dessous)
- dresser des procès-verbaux constatant les infractions.

Il est intéressant de mentionner pour terminer que les inspecteurs sociaux peuvent requérir l'assistance de la police dans l'exercice de leur fonction.

c. Conditions et principes

Des conditions clairement définies sont liées à ces diverses compétences et un certain nombre de principes généraux portant sur ces compétences s'appliquent. Ces principes généraux sont notamment destinés à garantir les droits de la défense et les droits de l'homme.

Le corps d'inspection :

- peut uniquement exercer ses pouvoirs dans le cadre de la surveillance du respect des lois pour lesquelles il est compétent (principe de finalité)
- peut uniquement prendre les mesures appropriées et nécessaires (principe de proportionnalité)
- doit se légitimer au moyen d'un titre homologué
- doit respecter quelques garanties formelles (constatations écrites)
- doit respecter le caractère confidentiel des données sociales à caractère personnel
- est tenu par un devoir de discrétion (à l'égard des auteurs de déclaration) et par une obligation d'intégrité (pas de conflit d'intérêt)
- doit respecter la déontologie (prescriptions à définir par le Roi).

L'ancienne législation (la loi concernant l'inspection du travail) contenait également le principe selon lequel les inspecteurs pouvaient procéder à toutes sortes d'actes d'enquête, mais elle ne comportait pas d'aperçu complet des compétences concrètes. Cela vaut également, comme on l'a dit dans le Chapitre 1^{er}, pour la loi SSI qui donne dans son article 162 une définition très générale ("*toute enquête ou constatation*").

Il va de soi que le nouveau cadre juridique créé par l'instauration du Code pénal social, à savoir le fait de pouvoir disposer d'un éventail clair et bien défini des pouvoirs d'enquête possibles, est préférable. Il offre aux contrôleurs sociaux une *sécurité juridique accrue* dans l'exercice de leur mission.

2. Procès-verbaux d'audition et de constatation

Le CPS propose également une méthode claire dans le domaine des procès-verbaux. Les procès-verbaux représentent les éléments essentiels pour consigner des constatations faites par le contrôleur social et constituent ainsi le dernier volet de l'enquête.

25. CPS, art. 21.

Il explique tout d'abord dans quelles conditions *l'audition* doit se dérouler. Les articles 62 et 63 sont essentiels, la loi exigeant que le texte des deux articles soit explicitement mentionné lors de chaque audition :

Article 62. L'audition

Lors de l'audition de personnes, entendues en quelque qualité que ce soit, seront respectées au moins les règles suivantes :

1° *au début de toute audition, il est communiqué à la personne interrogée :*

- a. *qu'elle peut demander que toutes les questions qui lui sont posées et les réponses qu'elle donne soient actées dans les termes utilisés*
- b. *qu'elle peut demander qu'il soit procédé à toute mesure relevant du pouvoir des inspecteurs sociaux en vertu du présent Code*
- c. *que ses déclarations peuvent être utilisées comme preuve en justice.*

2° *toute personne interrogée peut utiliser les documents en sa possession, sans que cela puisse entraîner le report de l'audition. Elle peut, lors de l'interrogatoire ou ultérieurement, exiger que ces documents soient joints au procès-verbal d'audition ;*

3° *le procès-verbal mentionne avec précision l'heure à laquelle l'audition prend cours, est éventuellement interrompue et reprise, et prend fin. Il mentionne avec précision l'identité des personnes qui interviennent lors de l'audition ou à une partie de celle-ci ainsi que le moment de leur arrivée et de leur départ. Il mentionne également les circonstances particulières et tout ce qui peut éclairer d'un jour particulier la déclaration ou les circonstances dans lesquelles elle a été faite. À la fin de l'audition, le procès-verbal est donné en lecture à la personne interrogée, à moins que celle-ci ne demande que lecture lui en soit faite. Il lui est demandé si ses déclarations ne doivent pas être corrigées ou complétées. Si la personne interrogée souhaite s'exprimer dans une autre langue que celle de la procédure, soit il est fait appel à un interprète assermenté, soit ses déclarations sont notées dans sa langue, soit il lui est demandé de noter elle-même sa déclaration. Si l'interrogatoire a lieu avec l'assistance d'un interprète, son identité et sa qualité sont mentionnées.*

Article 63. La remise d'une copie du texte de l'audition à la personne entendue

Sans préjudice des dispositions des lois particulières, les inspecteurs sociaux qui interrogent une personne l'informent qu'elle peut demander une copie du texte de son audition, qui lui est délivrée gratuitement.

Cette copie lui est remise ou adressée immédiatement ou dans le mois. Toutefois, le fonctionnaire désigné par le Roi peut, par décision motivée, retarder le moment de cette communication pendant un délai de trois mois maximum renouvelable une fois. Cette décision est déposée au dossier.

Ces dispositions en matière d'audition reflètent la pratique courante qui se base sur les principes de la loi Franchimont²⁶.

26. Avant cette loi relative à l'amélioration de la procédure pénale au stade de l'information et de l'instruction du 12.03.1998, aucune autre loi n'avait stipulé comment l'audition par la police et le parquet devait se dérouler.

L'article 64 du CPS fixe également les exigences minimales au niveau du contenu du *procès-verbal de constatation d'infraction* :

Article 64. Le procès-verbal constatant une infraction

Tout procès-verbal constatant une infraction aux dispositions du présent Code contient au moins les données suivantes :

- 1° *l'identité du fonctionnaire verbalisant*
- 2° *la disposition en vertu de laquelle le fonctionnaire verbalisant est compétent pour agir*
- 3° *le lieu et la date de l'infraction*
- 4° *l'identité de l'auteur présumé et des personnes intéressées*
- 5° *la disposition légale violée*
- 6° *un exposé succinct des faits en rapport avec les infractions commises*
- 7° *la date et le lieu de rédaction du procès-verbal, le lien éventuel avec d'autres procès-verbaux et, le cas échéant, l'inventaire des annexes.*

Le Roi peut établir des règles générales de forme applicables aux procès-verbaux de constatation d'une infraction.

Le procès-verbal de constatation d'une infraction doit être transmis au ministère public, à l'"administration compétente"²⁷, à l'intéressé(e) et éventuellement à son employeur.

Un procès-verbal de constatation d'une infraction a une *force probante particulière* (il vaut donc jusqu'à preuve du contraire) pour autant qu'il y ait notification à l'intéressé(e) dans les 14 jours suivant la constatation. Cette force probante reste valable lors de la transmission du procès-verbal à un autre corps d'inspection.

En ce qui concerne les compétences, le CPS fournit un *manuel* quasi complet pour le corps d'inspection sociale :

- *quelles actions à entreprendre et comment procéder en tant qu'inspecteur/contrôleur social*
- *selon quels principes il faut agir*
- *quelles sont les obligations et conditions*
- *comment doit se dérouler la collaboration avec d'autres corps d'inspection et administrations.*

Le CPS crée une grande uniformité dans ce domaine, ce qui est manifestement une bonne chose.

27. En d'autres mots, le SPF ETCS.

3. La phase des poursuites

L'inspecteur social clôture ses enquêtes en envoyant (ou en faisant envoyer) un procès-verbal de constatation d'infraction au ministère public. Commence ensuite la phase des poursuites. La nature des poursuites – judiciaires ou administratives – dépend de deux facteurs.

a. Le CPS : sanctions selon la gravité de l'infraction

Un premier facteur est la *gravité de l'infraction*. Pour cet aspect, le CPS a créé une nouvelle *hiérarchie d'infractions*. Les infractions énumérées (121 art.²⁸) sont réparties en quatre niveaux de sanction. Pour les infractions les plus légères (niveau 1), l'administration compétente (SPF ETCS) peut immédiatement procéder à une amende administrative, une déclaration de culpabilité ou un classement sans suite.

Par contre, pour les infractions passibles d'une sanction de niveau 2 à 4, il faut tenir compte d'un deuxième facteur *sine qua non* : l'auditeur du travail doit tout d'abord se prononcer sur ces infractions. Au cours de la même période que celle de l'instauration du CPS²⁹, le législateur a d'ailleurs ancré cette prérogative de la procédure de poursuites pénales dans la loi SSI. Le nouvel article 168^{sexies} inséré stipule en effet que *les sanctions administratives reprises aux articles 166, 168, 168bis, 168ter, 168quater et 168quinquies peuvent uniquement être prononcées si le ministère public estime qu'aucune poursuite pénale ne doit être entreprise ou qu'il ne doit pas être fait application des articles 216bis et 261ter du Code d'instruction criminelle*. Cela s'accorde avec le fait que les sanctions prévues dans la loi SSI sont supérieures au niveau 1.

L'auditeur peut décider de lancer des poursuites pénales devant le tribunal correctionnel ou des poursuites devant le tribunal du travail, ou décider de procéder à un arrangement à l'amiable ou à une médiation. Ce n'est que lorsque le ministère public fait savoir qu'il ne compte pas lancer de poursuites que l'administration compétente peut intervenir, comme décrit ci-dessus au niveau 1. Le fait que le CPS prévoit désormais que *toute infraction peut faire l'objet de poursuites administratives* – ce qui auparavant n'était possible que dans un nombre limité de cas – est une innovation importante.



Une amende X majorée de 50 (Y) décimes additionnels correspond à une amende multipliée par le facteur 6

En effet : Une amende X majorée de décimes additionnels Y signifie que chaque dixième de X est multiplié par Y, après quoi elle est additionnée à X.

En d'autres mots : $X + (X/10 * Y)$



Une amende de 1000 majorée de 50 décimes additionnels correspond à :
 $1000 + (1000/10 * 50) = 6000$ soit $1000*6$

28. CPS, Livre 2 : Les infractions et leur répression en particulier, art. 117 à 237 inclus.

29. Modification de la loi SSI du 19.05.2010.

Le CPS lie donc les sanctions à la gravité des infractions. Un résumé :

Tableau 1 – Sanctions prévues par le Code pénal social			
Niveaux	Peine de prison	Amande pénale	Amende administrative
Niveau 1 (infraction légère)	Aucune	Aucune	De 10,00 à 100,00 EUR (majoré de 50 déc.add.=) De 60,00 à 600,00 EUR
Niveau 2 (infraction moyennement grave)	Aucune	De 50,00 à 500,00 EUR (majoré de 50 déc.add.=) De 300,00 à 3 000,00 EUR	De 25,00 à 250,00 EUR (majoré de 50 déc.add.=) De 150,00 à 1 500,00 EUR
Niveau 3 (infraction grave)	Aucune	De 100,00 à 1 00,00 EUR (majoré de 50 déc.add.=) De 600,00 à 6 000,00 EUR	De 50,00 à 500,00 EUR (majoré de 50 déc.add.=) De 300,00 à 3 000,00 EUR
Niveau 4 (infraction très grave)	6 mois à 3 ans	De 600,00 à 6 000,00 EUR (majoré de 50 déc.add.=) De 3 600,00 à 36 000,00 EUR	De 300,00 à 3 000,00 EUR (majoré de 50 déc.add.=) De 1 800,00 à 18 000,00 EUR

Source : Code pénal social, version personnalisée³⁰

En instaurant ce système de sanctions, le législateur a clairement voulu faire le grand nettoyage. Plus de 100 articles dans les deux derniers chapitres de la loi, consacrés aux dispositions de modification et d'abrogation, mettent fin à une kyrielle de dispositions de sanction que l'on retrouve dans diverses lois sociales.

b. Modifications aux articles de la loi SSI en ce qui concerne les sanctions à appliquer

En ce qui concerne la procédure de contrôle, le CPS apporte également quelques modifications à la loi SSI. Une de ces modifications³¹ concerne l'article 169 de la loi SSI. Les infractions aux dispositions de ladite loi doivent en principe être *détectées, constatées et pénalisées conformément au CPS*. Il est vrai que parallèlement, les articles 166 à 168^{quinquies} de la loi SSI³² ne sont pas abrogés. Ces articles décrivent des sanctions administratives concrètes qui peuvent être prononcées à l'encontre des organismes assureurs, des médecins et autres dispensateurs de soins individuels, des établissements de soins, des firmes pharmaceutiques et des assurés sociaux. Le tableau suivant résume le système des infractions et sanctions applicable aux titulaires indemnisables en incapacité de travail³³.

30. Remarque : le Code pénal social ne fait pas de calculs des décimes additionnels.

31. CPS, art. 79 du Chapitre 3.

32. Le CPS n'abroge pas non plus l'A.R. du 20.07.1971 qui règle le régime SSI des travailleurs indépendants assorti lui aussi de dispositions de sanction spécifiques.

33. À noter que les indemnités de maternité et de paternité et le congé d'adoption y sont compris.

Tableau 2 - Sanctions prévues à l'article 168quinquies de la loi SSI

Infraction	Exclusion du droit aux indemnités	Amende administrative	
§ 1. Avoir bénéficié de prestations de soins de santé sur la base d'une fausse déclaration ou d'un faux document	Pas applicable	De 50,00 à 500,00 EUR	
§ 2, 1 ^o Avoir bénéficié indûment d'indemnités d'incapacité sur la base d'une fausse déclaration ou d'un faux document	Min. 1 indemnité journalière Max. 200 indemnités journ.	Aucune	
§ 2, 2 ^o Ne pas avoir communiqué à l'organisme assureur une modification (ayant une incidence sur les indemnités) de la feuille de renseignements	Min. 1 indemnité journalière Max. 200 indemnités journ.	Aucune	
§ 2, 3 ^o Activité non autorisée	Durée de l'activité non autorisée	Nombre d'indemnités journalières	
	De min. 1 à max. 30 jours	De min. 1 à max. 36 jours	Aucune
	De min. 31 à max. 140 jours	De min. 37 à max. 102 jours	
	De min. 141 à max. 185 jours	De min. 103 à max. 144 jours	
	Min. 186 jours	De min. 145 à max. 180 jours	

Source : loi SSI

Le système de sanctions inscrit dans la législation SSI prévoit entre autres les aspects suivants :

- Si plusieurs infractions sont commises en même temps ("*concours de plusieurs infractions*"), les sanctions sont cumulées. Lorsqu'un même fait comporte plusieurs infractions, seule la sanction la plus lourde est appliquée³⁴. Le CPS prévoit une disposition similaire mais plus détaillée³⁵
- Le fonctionnaire dirigeant peut constater des *faits aggravants*. Une récidive (dans les deux ans) peut entraîner un doublement de la sanction et le travail au noir peut alourdir la sanction d'un quart. Le CPS prévoit aussi un doublement de la sanction en cas de récidive dans l'année
- Le fonctionnaire peut également tenir compte de *circonstances atténuantes*³⁶, comme par exemple la situation psychosociale de l'assuré et il peut décider d'imposer une sanction inférieure à celle prévue dans le tableau 2 ou il peut enfin prononcer la sanction entièrement ou partiellement avec sursis. Le CPS prévoit également cette possibilité (à l'art. 115). Si l'administration estime qu'il existe des circonstances atténuantes, elle peut réduire l'amende administrative en dessous du montant minimum porté par la loi, sans qu'elle puisse être inférieure à 40 % du montant minimum. L'amende administrative peut toutefois être réduite en dessous du montant minimum porté par la loi sans qu'elle puisse être inférieure à un euro si la situation financière de l'intéressé(e) le justifie, son avantage social pouvant également être diminué, suspendu ou exclu totalement ou partiellement

34. Loi SSI, art. 168quinquies, § 4. Ex. d'un concours de plusieurs infractions : quelqu'un qui exerce une activité non autorisée et a fait une fausse déclaration afin d'obtenir une intervention majorée. Ex. d'un seul fait comprenant deux infractions : quelqu'un qui a exercé une activité non autorisée et qui n'a pas déclaré à l'O.A. les revenus qui en ont découlé.

35. CPS, art. 112-113.

36. Art. 168quinquies, § 3, al. 2.

- La loi SSI prévoit enfin des *possibilités de défense et d'appel* pour l'assuré social
 - **L'article 168quinquies, § 5, de la loi SSI stipule que** "le procès-verbal constatant les infractions est notifié à l'assuré social par lettre recommandée à la poste, dans un délai de quatorze jours prenant cours le lendemain du jour de la constatation de l'infraction"
 - **L'article 168quinquies, § 6, stipule en outre que l'assuré social est en même temps invité par lettre recommandée à faire valoir ses moyens de défense dans les 14 jours.** Dans ses moyens de défense, l'assuré social peut fournir des arguments par écrit qui peuvent plaider en sa faveur. Le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui fixe ensuite le montant de la sanction (amende ou exclusion) dans un délai raisonnable³⁷. Comme signalé ci-dessus, le fonctionnaire dirigeant peut tenir compte de circonstances atténuantes qui peuvent éventuellement ressortir des moyens de défense ou d'autres éléments du dossier.
La décision est notifiée à l'assuré social par lettre recommandée et est considérée comme reçue le premier jour ouvrable qui suit la remise du pli à la poste. Elle prend effet le jour de sa notification.
L'assuré social peut ensuite interjeter *appel* devant le tribunal du travail *dans les trois mois*, à compter du troisième jour ouvrable qui suit la remise aux services postaux.

4. Contrôle social : avantages et inconvénients du CPS

Le Code pénal social a pour ambition de créer un *cadre juridique transparent* sur cette matière très étendue qu'est le droit social, dont le contrôle du respect de la législation sociale. Le CPS présente de grands mérites et des avantages indéniables en ce qui concerne ce point mais également dans le domaine d'activité du contrôleur social :

- uniformité dans les diverses législations
- sécurité juridique tant pour les contrôleurs sociaux que pour les assurés sociaux
- approche méthodique afin de professionnaliser davantage ce domaine
- descriptions souvent très détaillées, ce qui exclut tout malentendu
- homogénéité de la terminologie à travers l'ensemble des services d'inspection
- une hiérarchie d'infractions et de sanctions.

L'instauration du CPS a par contre également causé un problème majeur.

La coexistence de deux sources juridiques se chevauchant partiellement (le CPS et la loi SSI) signifie en effet qu'il existe 2 types de descriptions d'infractions, 2 régimes de sanctions et 2 "administrations compétentes"³⁸ pour prononcer et percevoir des amendes administratives. Enfin, la réglementation SSI prévoit également, outre la possibilité d'une amende administrative, une autre sanction administrative à l'encontre de l'assuré(e) incapable de travailler ou invalide, à savoir l'exclusion du droit aux indemnités. Cette sanction n'existe pas en tant que telle dans le CPS.

Cette situation signifie à tout le moins qu'il existe une imprécision sur le type de système à appliquer et qu'il existe, en d'autres mots, un risque de poursuites doubles, contradictoires ou non cohérentes, ce qui est bien entendu à éviter. Le Chapitre 3 se focalise davantage sur ce problème.

37. Sous toute réserve, deux mois est un ex. d'un délai raisonnable, tenant compte de la complexité du dossier.

38. Soit l'administration du SCA (le service juridique), soit le service compétent du SPF ETCS.

III. Questions et solutions actuelles

Le Code pénal social a été instauré mi-2011. Le Chapitre 2 constitue une présentation plutôt statistique de la nouvelle loi en tant que telle et la compare à la législation SSI au 1^{er} juillet 2011, en ce qui concerne notamment la procédure de contrôle de dossiers d'enquête individuels.

La nouvelle loi est entre-temps confrontée à la réalité dynamique ; diverses évolutions sont en effet en cours depuis l'instauration du CPS. Le présent chapitre se focalise davantage sur quelques-unes de ces questions actuelles :

- La question du “*non bis in idem*” est une question de principe, de tout temps, mais la confrontation entre le CPS et la loi SSI requiert tant une solution pragmatique qu'une solution plus structurelle à long terme
- La législation Salduz ouvre de nouveaux droits pour la défense mais génère également des complications administratives
- Le procès-verbal électronique a également été inscrit dans le Code pénal social en 2012 et ouvre l'avenir digital dans la lutte contre la fraude sociale
- Nous nous attarderons enfin sur l'approche collective et la collaboration avec d'autres inspections.

1. Le principe du *non bis in idem* après le Code pénal social

a. La coexistence de deux législations

L'une des définitions du principe “*non bis in idem*” est la suivante : “*Nul ne peut être poursuivi ou puni en raison d'une infraction pour laquelle il a déjà été acquitté ou condamné par un jugement définitif conformément à la loi et à la procédure pénale de chaque pays*”³⁹. Le Conseil d'État affirme, de manière explicite, que le principe du “*non bis in idem*” doit être respecté par l'administration et que les “*sanctions administratives (...) ont incontestablement un caractère à la fois préventif et répressif et qu'il y a lieu de considérer qu'elles présentent un caractère pénal*”⁴⁰. En d'autres mots, un assuré social ne peut en aucun cas être poursuivi au départ de deux législations ou par deux administrations ou tant sur le plan administratif que sur le plan pénal.

Le chapitre précédent abordait le problème de la coexistence de deux législations différentes. Comme signalé dans ce chapitre, le législateur a, lors de la rédaction du Code pénal social en 2010, modifié l'article 169 de la loi SSI, stipulant que : “*Les infractions aux dispositions de la présente loi, à ses arrêtés et règlements d'exécution, sont recherchées, constatées et pénalisées conformément au Code pénal social*”. Lors d'une première lecture, on pourrait en déduire que les sanctions prévues dans la loi coordonnée SSI (tableau 2) ne pourraient plus être appliquées, au profit des sanctions du CPS (tableau 1). Comme signalé au point a., p. 308, le CPS a néanmoins déclaré le SPF ETCS compétent pour percevoir des amendes administratives (art. 70).

39. Art. 14.7 du PIDCP (= Pacte international relatif aux droits civils et politiques).

40. Projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé publique, doc. 52 2486/001, p. 28.

La loi SSI, coordonnée le 14 juillet 1994, est néanmoins une législation qui fonctionne correctement et qui présente quelques caractéristiques spécifiques en ce qui concerne le contrôle social de l'activité non autorisée :

- Il s'agit d'une *fraude aux indemnités*
 - Il ne s'agit ni d'une fraude aux prestations⁴¹, ni d'une fraude aux cotisations
- Il y a un aspect médical
 - On vérifie (sur le plan administratif) si le médecin-conseil avait donné une autorisation
 - L'intéressé(e) est convoqué ultérieurement pour un examen médical
- Il y a des "indus"
 - Les indemnités perçues par l'assuré(e) lors de l'exercice d'une activité non autorisée sont *récupérées*
- Il y a une sanction spécifique
 - *L'exclusion* d'un droit (futur) aux indemnités.

Ces caractéristiques font qu'il n'est pas évident d'appliquer le mécanisme de sanctions du CPS. Il faut en effet considérer les éléments suivants :

- Le CPS – et *de ce fait*, le SPF ETCS non plus – n'est évidemment *pas familiarisé avec les notions typiques de l'INAMI* telles que "constatation de l'incapacité", "autorisation de reprise de travail à temps partiel", "diminution de la capacité de gain" ou "reprise du travail complète". Le CPS crée en effet un cadre général de notions génériques telles que "titulaires", "allocations sociales", etc.
- Le CPS connaît toutefois la notion de *fraude aux indemnités* : l'article 230 du Livre 2 définit les notions "*avantage social*" et "*cotisation*" et les articles 232 à 235 déterminent les sanctions tant pour des infractions commises par des employeurs qui essaient d'éviter le paiement de cotisations que pour des infractions commises par ceux qui essaient indûment d'obtenir des avantages sociaux
- Le CPS reconnaît en outre l'existence de *récupérations* : l'article 236 stipule que lorsque le tiers lésé ne s'est pas constitué partie civile, le juge (pénal) condamne *d'office* le prévenu à restituer les sommes perçues indûment. Il ne s'agit de ce fait donc pas d'une sanction en tant que telle. Il est en outre clair que ce n'est pas la manière la plus rapide pour récupérer un indu ; en effet, ni le CPS, ni le SPF WASO, ne sont familiarisés avec le rôle spécifique des organismes assureurs, qui procèdent eux-mêmes à la récupération, à la place de l'INAMI⁴²
- Le CPS n'a enfin pas de propre mécanisme de sanctions en ce qui concerne l'*exclusion* du droit aux indemnités. Le CPS reconnaît toutefois ces exclusions *de manière indirecte* dans l'article 115 précité, à savoir dans la formulation suivante " (...) *qu'il est également passible d'une diminution, d'une suspension ou d'une exclusion totale ou partielle du droit à un avantage social*". Cette phrase permet aux services de l'INAMI de lancer des poursuites sur le plan administratif à la place du SPF ETCS. Ledit article reconnaît en effet la compétence (du fonctionnaire dirigeant) de l'INAMI pour prononcer la sanction d'exclusion et y subordonne l'amende administrative prononcée par le SPF ETCS.

En faisant un rapprochement entre le CPS et les dispositions de la loi SSI, il y a lieu de constater qu'il est quasiment impossible de laisser au SPF ETCS le soin d'entamer les poursuites, même si cela est exigé à l'article 169. Les procédures permettant de constater les infractions avec la capacité nécessaire de porter des jugements et les procédures permettant l'action en récupération sont indissociablement liées. Afin d'échapper à ce dilemme, l'INAMI a élaboré une procédure en collaboration avec le SPF ETCS.

41. Le paragraphe 1^{er} de l'art. 168 *quinquies* constitue une exception à cette règle.

42. Dans la législation du chômage, c'est par contre l'ONEM qui procède lui-même à la récupération et non pas l'organisme de paiement.

b. Le Protocole comme solution pratique

En ce qui concerne le contrôle administratif⁴³, le SPF ETCS et l'INAMI ont conclu un "Protocole" en juillet 2011⁴⁴, qui donne priorité aux sanctions administratives existantes de la législation SSI.

Le Protocole comprend 4 articles :

- L'article 1^{er} fixe l'objectif du protocole, à savoir fixer des accords de travail, en attendant une adaptation définitive du Code pénal social, afin d'éviter des problèmes juridiques qui seraient créés au départ du principe du "*non bis in idem*". On fait ici référence à la combinaison à éviter de sanctions administratives par l'INAMI et d'amendes administratives du SPF ETCS, à d'éventuelles divergences d'interprétation de la notion de circonstances atténuantes et au fait que l'assuré ne peut pas être confronté à deux procédures d'appel
- L'article 2 définit le champ d'application matériel, un chevauchement partiel étant constaté entre les descriptions d'infractions du CPS et celles de la loi SSI
- L'article 3 définit les accords de travail :
 - Le SCA de l'INAMI attend la décision de l'auditeur du travail
 - Le SCA informe le SPF ETCS de la décision de l'auditeur
 - Si l'auditeur n'entame pas de poursuites pénales, le SCA entame des poursuites sur le plan administratif
 - Le SCA informe le SPF ETCS de la sanction imposée par l'INAMI.
- L'article 4 fixe les modalités d'échange d'informations nécessaires au respect des accords de travail.

En comparant les amendes administratives de l'article 168^{quinquies} aux amendes administratives du CPS pour des infractions similaires⁴⁵, on serait enclin à conclure que les amendes prévues dans la loi SSI sont moins sévères. En revanche, la possibilité d'exclure l'assuré(e) du droit aux indemnités répond mieux au principe de proportionnalité et permet également un traitement rapide et efficace des dossiers. Dans le contexte des sanctions plus légères, nous pouvons en outre affirmer que les moyens de défense et les possibilités d'appel ne diffèrent pas fondamentalement de ceux du CPS ; les articles 168^{quinquies} et ^{sexies} comprennent toutes les garanties de procédure.

Considérant l'ensemble des éléments de l'analyse susmentionnée et tenant compte de l'impasse que le problème posé risquait de générer, le Protocole peut être jugé comme équitable.

c. Choix politiques

Le problème du "*non bis in idem*" auquel l'INAMI et le SPF ETCS étaient confrontés n'est pas un cas isolé. La plupart des institutions de sécurité sociale sont compétentes pour imposer une amende administrative pour certaines infractions alors que cette infraction peut également être sanctionnée au pénal (par le CPS). Les sanctions sont souvent comparables à celles prononcées par l'INAMI, à savoir des exclusions temporaires. Le risque que toutes ces IPSS procèdent donc à une double sanction et violent par conséquent le principe du "*non bis in idem*" est donc bien réel.

43. L'évaluation et le contrôle médicaux sortent du cadre de ce travail de stage.

44. Cette convention a été signée solennellement en 2012.

45. CPS, les art. 227 (abus ou falsification de la carte d'identité sociale), 232 (le faux et l'usage de faux), 233 (les déclarations inexactes ou incomplètes concernant les avantages sociaux), 234 (les déclarations inexactes ou incomplètes concernant les cotisations) et 235 (l'escroquerie en droit pénal social) sont tous poursuivis d'une sanction de niveau 4.

Le politique, dans le chef du Secrétaire d'État à la lutte contre la fraude sociale et fiscale, M. John Crombez, reconnaît le problème et se penche sur une solution structurelle⁴⁶. On envisage d'inventorier toutes les sanctions administratives qui existent au niveau des institutions de sécurité sociale et d'évaluer si ces sanctions revêtent ou non un "caractère pénal". En fonction du résultat de cet exercice, d'autres procédures devront être développées. Cet exercice aura lieu au sein d'un *groupe de travail*⁴⁷, qui sera créé au sein du Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale, sous la présidence du Secrétaire d'État, avec des représentants des institutions de sécurité sociale ONEM, INAMI, ONAFTS et ONSS, des représentants du SPF Sécurité sociale, du SPF ETCS, du SPP Intégration sociale, du SIRS et enfin 2 représentants du Conseil consultatif du droit social.

Il est bien évidemment impossible d'échapper à la décision du Conseil d'État (cf. point a., p. 319). La récente jurisprudence nuance toutefois cette problématique :

- Ainsi, la Cour constitutionnelle a jugé, le 1^{er} mars 2012, que la mesure qui oblige un employeur, qui n'a pas complété la déclaration DIMONA pour un travailleur, à payer une *cotisation de solidarité* à l'ONSS⁴⁸, ne peut pas être considérée comme une sanction pénale
- Le 24 novembre 2011⁴⁹, la Cour d'appel de Gand a confirmé la décision du Tribunal de première instance de Gand du 28 avril 2010, en disant que le premier juge a jugé, à juste titre, que la sanction administrative imposée à l'accusé(e) (...) (à savoir une *exclusion* pendant 4 mois du droit à l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé) *ne revêt, en aucun cas, un caractère pénal, de sorte qu'il ne peut être question d'un quelconque cumul interdit*. En d'autres mots, la Cour estime que la sanction administrative n'est pas suffisamment lourde et qu'il est par conséquent permis d'entamer des poursuites au pénal, outre les poursuites déjà engagées sur le plan administratif.

2. L'introduction de la loi Salduz en Belgique

a. De nouveaux droits pour l'assuré

La loi du 13 août 2011⁵⁰ a inséré des règles relatives à l'audition de *suspects* dans le Code d'instruction criminelle⁵¹. Cette loi a abouti sous pression de la jurisprudence "Salduz" de la Cour européenne des droits de l'homme.

46. Plan d'action 2012-2013 du Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale, mai 2012

47. Pour ce qui est de la fraude fiscale, un autre système est privilégié, à savoir la "loi *Una Via*". Celle-ci installe une structure de concertation permanente entre le Directeur régional du SPF Finances et le Procureur du Roi. Pour chaque dossier abordé, "une seule voie" est suivie, soit la voie administrative, soit la voie pénale. Il a également été convenu que les dossiers "lourds" seraient poursuivis au pénal.

48. Art. 22 *quater* de la loi ONSS. Cette sanction n'exclut évidemment pas que l'employeur doit se mettre en règle avant d'engager son travailleur.

49. Cour d'appel de Gand, troisième chambre, réf. S/1192/08 – GE 69.98.2129/09, non publié, documentation SCA.

50. Loi du 13.08.2011 modifiant le Code d'instruction criminelle et la loi du 20.07.1990 relative à la détention préventive afin de conférer des droits, dont celui de consulter un avocat et d'être assisté par lui, à toute personne auditionnée et à toute personne privée de liberté. M.B. 05.09.2011, date d'entrée en vigueur : 01.01.2012.

51. Le *Code d'instruction criminelle* fixe les règles de détection des infractions, de l'enquête, des poursuites, des droits et obligations des parties, des décisions et de l'exécution des décisions (droit pénal *formel*). Le Code pénal (également appelé droit pénal *matériel*) identifie les délits punissables et les peines assorties qui peuvent être prononcées. Ces deux codes constituent la base du droit pénal belge. Source : Wikipédia, le 09.05.2012.

Le jeune Salduz, âgé de 17 ans, avait été arrêté par la police turque pour sa participation présumée à une manifestation illégale en soutien au PKK et pour avoir tendu une banderole. Lors de son interrogatoire, il a fait des aveux qu'il a ensuite rétractés auprès du ministère public et du juge d'instruction. Il a dit qu'il avait été mis sous pression et battu pendant l'interrogatoire. Ce n'est que lorsqu'il a comparu devant le ministère public et le juge d'instruction que Salduz a su parler à un avocat pour la première fois. Sa condamnation à une peine de prison de 2½ ans était entre autres basée sur les déclarations faites lors de l'interrogatoire.

En appel devant la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), le jeune Salduz a jugé que son droit à un procès équitable avait été violé, étant donné qu'il n'avait pas pu bénéficier d'une assistance juridique lors de l'interrogatoire, alors que les déclarations faites et rétractées ultérieurement, avaient été utilisées par le juge comme étant des preuves à charge. La Cour a considéré que l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme exige qu'un prévenu doit avoir accès à un avocat ("access to a lawyer") dès que la police entame l'interrogatoire. Il ne peut être dérogé à cette règle générale que dans des cas exceptionnels, sur la base de motifs contraignants. En principe, il est irrémédiablement porté atteinte aux droits de la défense si des déclarations à charge sont utilisées comme preuve et si ces déclarations ont été faites alors que le prévenu n'avait pas accès à un avocat⁵².


Les changements apportés par la "loi Salduz" ont complété les règles qui existaient dans le cadre de l'audition de *personnes indépendamment de leur qualité*⁵³, telles que connues après la loi Franchimont et dont les principes essentiels ont été intégrés à l'article 62 du CPS (cf. point 2., p.312)

Pour ces personnes, la loi Salduz ajoute deux éléments *explicites*⁵⁴ aux dispositions du Code d'instruction criminelle, mais *pas* à celles du CPS :

- l'instruction selon laquelle la personne entendue devra, *au début de l'interrogatoire*, être informée *des faits* sur lesquels elle sera entendue
- le "droit au silence version light"⁵⁵, c'est-à-dire que la personne entendue ne peut être contrainte de s'accuser elle-même.

Les exigences minimales précitées dans le cadre d'un "interrogatoire classique" s'appliquent aux victimes et témoins. Il *n'est donc pas* question d'une *infraction* dans le chef de la personne entendue. C'est ce que nous appelons dans le cadre de ce travail de stage la "situation 1". Outre cette norme générale - de plus grande importance -, la loi Salduz prévoit trois situations de *suspects* :

- ceux qui sont soupçonnés d'infractions *ne pouvant pas* donner lieu à un mandat d'arrêt ("situation 2")
- ceux qui sont soupçonnés d'infractions pouvant donner lieu à un mandat d'arrêt mais qui *ne sont pas* (encore) privés de leur liberté ("situation 3")
- et enfin les suspects *réellement détenus* ("situation 4").

 Un *mandat d'arrêt* est une décision du juge d'instruction qui tend à placer une personne en détention préventive. Un mandat d'arrêt peut uniquement être délivré en cas d'absolue nécessité et uniquement pour des faits passibles d'une peine de prison d'au moins un an. Il doit en outre exister des indices sérieux de culpabilité.⁵⁶

52. Wikipedia, version du 05.07.2012.

53. En d'autres mots, il s'agit des règles minimales toujours applicables.

54. Ces éléments font pourtant partie de manière *implicite* des principes de droit généraux.

55. Fin décembre 2011, le SIRS (Service d'information et de recherche sociale, voir plus loin sous le titre 4. p° 332) a diffusé la "Circulaire relative à l'organisation de l'assistance d'un avocat à partir de la première audition dans le cadre de la procédure pénale belge" parmi les corps d'inspection et les auditorats. Les termes "droit au silence version light" et "droit au silence version étendue" y sont utilisés.

56. Site Internet du bureau d'avocats Elfri De Neve (www.elfri.be).

Les infractions pour lesquelles un mandat d'arrêt peut être décerné correspondent aux *infractions de type très grave*, passibles d'une sanction de niveau 4 du CPS alors que les infractions pour lesquelles aucun mandat d'arrêt ne peut être décerné (situation 2) sont les infractions *légères* (niveau 1), *modérées* (niveau 2) et *graves* (niveau 3).

La loi Salduz accorde, à chacune des situations susmentionnées, une "échelle" de droits :

Situation 1, personnes indépendamment de leur qualité :

- information succincte des raisons de l'audition
- droit au silence, version light

Situation 2, personnes soupçonnées d'infractions autres que très graves (niveaux de sanction 1 à 3 inclus) :

- mêmes droits que dans la situation 1 *plus* :
- remise d'une déclaration standard écrite des droits⁵⁷
- droit au silence, version étendue :
 - droit au silence version light *plus* l'intéressé(e) a le choix de faire une déclaration, de répondre aux questions qui lui sont posées ou de se taire

Situation 3, suspects non détenus : infractions passibles d'une sanction de niveau 4 :

- les mêmes droits que dans la situation 2 *plus* :
 - *une concertation confidentielle avec un avocat préalablement à la "première audition"*

Situation 4, suspects détenus en raison d'une infraction de niveau 4 :

- les mêmes droits que dans la situation 3 *plus* :
 - *assistance d'un avocat pendant la première audition.*

b. Application de la loi Salduz en fonction de l'audition et des constatations faites par les contrôleurs sociaux

Bien que le législateur n'ait pas choisi explicitement d'adapter les textes du Code pénal social (à savoir les art. 62 et 63) lors de la rédaction de la loi Salduz, il y a manifestement un lien avec la matière et la philosophie du CPS et avec le domaine d'activité du contrôle social. La loi Salduz se prononce, tout comme le CPS, sur les modalités d'organisation d'une *audition* et lie les diverses modalités à d'éventuelles infractions selon une hiérarchie comparable à celle du CPS. Il est en outre clair que la manière dont se déroule l'audition a une conséquence directe sur la constatation de l'infraction et, de ce fait, également sur les poursuites et sanctions ultérieures. Inversement, le fait d'appliquer erronément la législation Salduz ou de ne pas l'appliquer pourrait, dans certains cas, entraîner la caducité de la procédure⁵⁸.

C'est la raison pour laquelle le Service du contrôle social a élaboré une procédure début 2012 afin d'appliquer les directives de la loi Salduz de manière cohérente.

57. A.R. du 16.12.2011 portant exécution de l'art. 47 *bis* § 4, du Code d'instruction criminelle, M.B. 23.12.2011, éd. 2, p.80387 et suiv.

58. L'art. 2, § 6, de la loi Salduz stipule qu'aucune condamnation ne peut être prononcée contre une personne *sur le seul fondement de déclarations* qu'elle a faites *en violation* des §§ 2, 3 et 5 à l'exclusion du § 4, en ce qui concerne la concertation confidentielle préalable ou l'assistance d'un avocat au cours de l'audition.

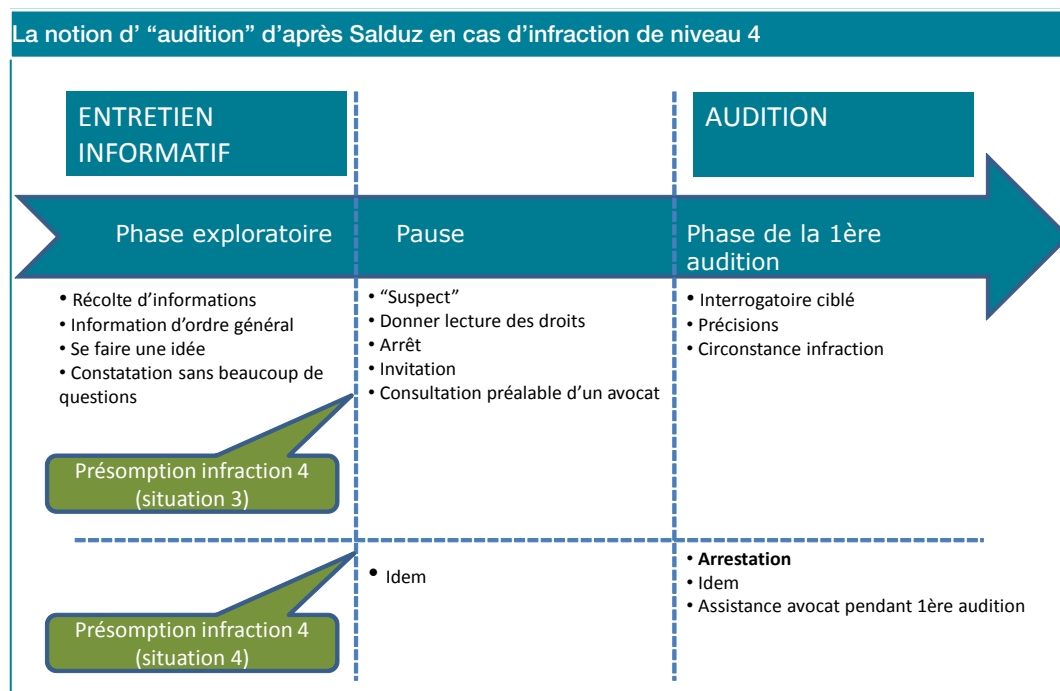
Lors de l'examen d'une *activité non autorisée*, les contrôleurs sociaux sont surtout confrontés à la *situation 1* préalablement citée (l'audition de témoins, comme des collègues ou l'employeur) et à la *situation 3* (l'audition des titulaires indemnisables soupçonnés d'activités non autorisées). En effet, les infractions constatées par les contrôleurs sociaux conformément à la loi SSI, comme la reprise du travail sans autorisation, la non-déclaration de revenus, l'usage d'un faux document afin d'obtenir des indemnités (plus élevées) (toutes énumérées à l'art.168^{quinquies}, voir également point 3., p.315, Tableau 2) ou l'obstacle à la surveillance (art.163), sont, selon le CPS, toutes à qualifier d'infractions passibles d'une sanction de *niveau 4*. Il s'agit plus précisément des articles mentionnés déjà au point 1., p. 319, à savoir les articles 232, 233 (faux, usage de faux, déclarations inexactes ou incomplètes), 235 (escroquerie en droit pénal social) et 209 (obstacle à la surveillance).

Le contrôleur social n'est en principe pas confronté à la *situation 2* étant donné qu'il s'agit d'infractions d'un niveau inférieur à 4. Il s'agit bien souvent de cas qui relèvent de la compétence d'autres corps d'inspection ou administrations auxquels il est fait référence.

Pour des raisons évidentes, les suspects arrêtés ("*Situation 4*") sont rarement voire jamais auditionnés dans le cadre d'une enquête de contrôle social. Cela signifie que le contrôleur social ne devra pratiquement jamais procéder à l'audition d'un suspect en présence de son avocat.

La *situation 1* pose peu de problèmes pratiques. Bien entendu, les droits minimaux doivent être communiqués pendant l'audition et ceux-ci doivent aussi figurer d'office sur le document d'audition mais pour le reste, dans ce cas, l'audition se déroule selon le schéma d'une "audition classique".

La *situation 3* est plus complexe. On peut en effet se demander à *partir de quand une personne est soupçonnée d'une infraction donnée*. Ce moment coïncide en effet avec l'ouverture de droits supplémentaires. Plus précisément "avant la 1^{re} audition", le suspect a droit à un entretien confidentiel avec un avocat. Si tel est le cas, comment appelons-nous l'interrogatoire qui précède la 1^{re} audition ? Cette situation peut être représentée par le schéma suivant.



Le problème se pose si un contrôleur social se rend sur un lieu de travail présumé (un chantier, un café, un magasin, etc.) sur la base d'informations reçues qui sont parfois peu spécifiques. En premier lieu, il effectue une reconnaissance des lieux : il observe, récolte des informations, se fait une idée de ce qui se passe, pose des questions générales, etc. Si l'inspecteur social constate ensuite *de visu* qu'une personne exerce une activité et qu'il identifie cette personne comme bénéficiaire d'indemnités d'incapacité de travail, dans ce cas on présume automatiquement qu'il s'agit d'une infraction susceptible d'être sanctionnée au niveau 4. À ce moment-là, il faut prévoir une "pause" dans l'interrogatoire étant donné que la personne interrogée acquiert le statut de "suspect" au sens de la loi Salduz. L'intéressé(e) peut alors choisir d'être soumis au "1^{er} interrogatoire" ultérieurement⁵⁹ afin de pouvoir consulter un avocat au préalable. Cette "1^{re} audition" se distingue de l'entretien informatif préalable par l'interrogatoire axé sur les circonstances de l'infraction au cours duquel des précisions sont demandées (quand, combien de temps, quoi, etc.).

La procédure du SCS de début 2012 prévoit les *possibilités* suivantes dans les documents relatifs à l'interrogatoire :

- On tient compte du statut changeant de l'interrogatoire
- Des informations sont données avant l'"audition"
- L'intéressé(e) peut renoncer à son droit à la consultation (et il peut donc choisir de poursuivre l'audition sans délai)
- Une invitation écrite "*ad rem*" est prévue au cas où l'intéressé(e) exerce son droit (et demande donc de reporter l'audition).

Le contrôleur social a aussi toujours le modèle standard "Déclaration de vos droits" sur lui pour pouvoir informer correctement l'intéressé(e).

En revanche, si l'information de départ concerne un procès-verbal d'un autre service d'inspection ou d'un auditeur, on peut souvent directement passer à l'audition sur invitation écrite. Le problème susmentionné ne se pose alors pas. En effet, toutes les informations sur les droits Salduz sont envoyées avec l'invitation écrite et l'intéressé(e) est par conséquent supposé(e) avoir consulté son avocat avant la "1^{ère} audition".

Le premier semestre de 2012 a entretemps révélé que l'impact de la nouvelle procédure Salduz sur le fonctionnement du contrôle social est *relativement limité*. Sur l'ensemble de toutes les enquêtes, il est rare qu'on doive uniquement se baser sur la constatation *de visu*. Généralement, on dispose de plusieurs informations précises si bien qu'on peut directement inviter l'intéressé(e). En outre, en cas de constatation *de visu*, l'intéressé(e) choisit *généralement* de renoncer à son droit de consulter un avocat et l'audition peut donc se poursuivre sur place. Autrement dit, pour les intéressés aussi, l'histoire Salduz pèse assez lourd et ils ne voient pas l'intérêt de reporter la procédure.

Certes, vu la procédure Salduz, le contrôleur social doit organiser son travail autrement – de manière plus systématique. Il doit tenir compte de diverses situations possibles aux conséquences différentes. Ainsi il doit prévoir de réserver un jour libre ou pas dans un avenir proche en vue d'une audition reportée. Il doit bien entendu aussi avoir tous les formulaires sur lui et il doit penser à utiliser le bon formulaire dans le bon contexte.

Concernant ce dernier problème, un *nouveau formulaire d'audition*, utilisable dans plusieurs situations, a été conçu en juillet 2012 à partir de plusieurs formulaires antérieurs. Ce formulaire est actuellement en train d'être testé. Pour l'avenir, on pense aussi à créer une sorte de *portefeuille* ou de classeur portable rassemblant tous les outils des contrôleurs sociaux, leur permettant ainsi de travailler de manière (encore) plus professionnelle.

59. Selon les instructions du SIRS, un report de 14 jours est considéré comme un délai raisonnable.

c. Questions stratégiques

Lors de l'instauration de la loi Salduz, beaucoup de critiques ont été émises sur la traduction par le législateur belge des directives de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH). Pour certains critiques, essentiellement issus de la magistrature, la loi n'allait pas assez loin. Cette position était formulée ainsi dans un article de journal paru fin 2011⁶⁰.

La nouvelle législation aurait dû garantir qu'un suspect a droit à l'assistance d'un avocat lors de chaque audition mais cette garantie n'est pas donnée. En effet, le suspect obtient ce droit uniquement s'il est privé de sa liberté pendant la première audition par la police et ensuite s'il est amené à son interrogatoire par le juge d'instruction, alors que dans sa jurisprudence, la Cour européenne prévoit par principe un droit à l'assistance général pour toutes les auditions. Malgré la nouvelle réglementation, une condamnation de la Belgique par la Cour européenne n'est dès lors pas exclue.

Ce point de vue est cependant discutable. En effet, l'article 6, 3°, de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales stipule ce qui suit à ce sujet.

Tout accusé a droit notamment à :

- a) être informé, dans le plus court délai, dans une langue qu'il comprend et d'une manière détaillée, de la nature et de la cause de l'accusation portée contre lui*
- b) disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense*
- c) se défendre lui-même ou avoir l'assistance d'un défenseur de son choix et, s'il n'a pas les moyens de rémunérer un défenseur, pouvoir être assisté gratuitement par un avocat d'office, lorsque les intérêts de la justice l'exigent*
- d) interroger ou faire interroger les témoins à charge et obtenir la convocation et l'interrogation des témoins à décharge dans les mêmes conditions que les témoins à charge*
- e) se faire assister gratuitement d'un interprète, s'il ne comprend pas ou ne parle pas la langue employée à l'audience.*

Autrement dit, la question qui se pose est la suivante : “Quand peut-on dire qu'une personne est poursuivie ?” On peut argumenter – ceci est l'approche plutôt classique, continentale – que la poursuite ne commence qu'après la phase de détection et de constatation. De ce point de vue, la loi Salduz belge constitue une *traduction plutôt équilibrée* de la directive de la CEDH étant donné que les droits sont octroyés *graduellement* selon la phase de la procédure.

D'autres critiques, les services d'inspection par exemple, étaient partisans d'une approche plutôt anglo-saxonne de la directive Salduz selon laquelle chaque audition devrait être menée en présence d'un avocat. Dans pareil cas, réaliser une enquête sociale sans problèmes serait pratiquement impossible. L'approche adoptée par le Service de contrôle social a toutefois démontré qu'au vu de la situation actuelle, cela ne doit pas nécessairement se passer ainsi.

La question suivante est du même ordre. Comme indiqué précédemment (voir point , p. 322), quand il a rédigé la loi Salduz, le législateur n'a pas repris dans le CPS les nouvelles règles d'audition. Vu l'importante interaction de ces deux textes de loi, on peut se demander pourquoi il ne l'a pas fait. Avant de prendre une décision à ce sujet, le Secrétaire d'État désire étudier la question plus en détail dans un *groupe de travail* à créer au sein du Collège pour la lutte contre la fraude sociale et fiscale.

60. De *Salduz-wet*, een maat voor niets. De Standaard, 30.12.2011. L'auteur, Jan Swennen, est membre du Conseil de l'Ordre, président de la commission Droit pénal du barreau d'Hasselt et membre de l'Ordre des barreaux flamands.

Le choix en faveur d'une des approches susmentionnées jouera certainement un grand rôle dans les résultats de ce groupe de travail. Pourtant, il est important d'attirer l'attention sur le fait que notre système judiciaire actuel comporte déjà de nombreuses garanties pour les droits de la défense. Citons par exemple les moyens de défense et de recours prévus tant dans la loi SSI que dans le CPS. Contrairement à ce que prétendent les critiques du premier groupe, la loi Salduz belge offre suffisamment de garanties ainsi que le confirme la jurisprudence récente. Dans l'arrêt de la Cour d'appel de Gand du 24 novembre 2011 évoqué ci-avant, le juge – référant explicitement aux termes de la loi Salduz – a estimé que :

“Quand une audition a eu lieu en l'absence d'un avocat, cela n'a pas automatiquement pour conséquence qu'il est définitivement impossible de traiter l'affaire du prévenu de manière juste. Le caractère juste d'un procès est préservé quand les conditions suivantes sont remplies :

- *le juge ne peut pas utiliser les déclarations comme preuves déterminantes*
- *le juge constate qu'il n'y a eu aucun abus ni aucune pression*
- *le juge constate qu'au moment de l'audition et pendant l'enquête, le prévenu ne se trouvait pas en position de faiblesse ou s'il l'était, qu'il y a été remédié immédiatement et de manière adéquate. ”*

On peut également comprendre ces propos comme un renvoi implicite à la gradation des droits partant d'un contrôle administratif simple (à un niveau de sanction bas) vers une poursuite plus complexe donnant lieu à des infractions plus lourdes et comportant plusieurs éléments constitutifs.

3. La loi-programme du 29 mars 2012 et le procès-verbal électronique

a. Le lancement du procès-verbal électronique et son utilisation par les grands services d'inspection

Vu les réformes du droit social pénal et les projets de modernisation dans la fonction publique menés depuis une dizaine d'années, les infractions de droit social ont été systématisées. Concrètement, cela s'est traduit par les infractions énumérées dans 121 articles du CPS. Une autre liste d'infractions similaire et uniforme a également servi de base pour concevoir le procès-verbal électronique de constatation, appelé e-PV.

En fait, le procès-verbal électronique a été conçu en application du Plan d'action 2008 - 2009 de lutte contre la fraude de l'ancien Secrétaire d'État à la Coordination de la lutte contre la fraude, Carl Devries. Ce procès-verbal était destiné à toute personne concernée par la rédaction d'un procès-verbal de constatation des infractions dans le domaine du droit pénal social. Dès le début, le procès-verbal électronique était destiné à lutter contre la fraude sociale et à accroître la sécurité juridique des intéressés par :

- l'utilisation d'un modèle uniforme de procès-verbal, sécurisé et créé électroniquement, encodé dans une base de données par les rédacteurs eux-mêmes
- la création d'une banque de données centrale contenant toutes les données des e-PV
- l'envoi de ces procès-verbaux par voie électronique⁶¹

61. L'intéressé(e) reçoit néanmoins encore le p.-v. en version papier.

- la possibilité pour toutes les institutions compétentes (ONEM, ONSS, IS, etc.) d'utiliser les données de cette banque de données pour lutter contre la fraude sociale
- l'amélioration de la lisibilité des procès-verbaux
- des procès-verbaux de qualité plus complets
- de meilleures garanties quant aux preuves.

Le projet e-PV a été lancé par le SPF ETCS (co-financement de l'ONSS) le 1^{er} avril 2010. Les premiers inspecteurs ont adhéré au système le 1^{er} février 2011⁶². Un peu plus tard (le 1^{er} mars), tous les inspecteurs de l'inspection sociale, du contrôle des lois sociales, de l'ONEM et de l'inspection de l'ONSS, soit 1 000 personnes, utilisaient le p.-v. électronique uniforme ; depuis cette date, tous ces services n'utilisent plus aucun autre modèle de p.-v.. Au printemps 2012, on estimait que 87 % des infractions à la législation sociale étaient constatées dans les p.-v. électroniques⁶³.

Au début, l'instauration du CSP le 1^{er} juillet 2011 a eu un impact relativement limité sur le procès-verbal électronique existant. Cependant quelques adaptations ou quelques ajouts ont bien entendu dû être apportés :

- les infractions et les sanctions applicables ont dû être adaptées
- la base légale pour la compétence de surveillance n'était désormais plus la loi sur l'inspection du travail mais le CPS
- l'arrêté royal dans lequel les inspections compétentes étaient désignées⁶⁴ déterminait qui devait indiquer quelles infractions dans le procès-verbal électronique.

b. La loi-programme du 29 mars 2012⁶⁵

Depuis 2008 - 2009 déjà, on s'était rendu compte que l'utilisation du procès-verbal électronique pourrait poser des problèmes juridiques. Les deux principaux problèmes sont, d'une part, la valeur de la signature électronique et, d'autre part, le respect de la vie privée pour les données des intéressés stockées dans une banque de données électroniques.

Le législateur a résolu ces problèmes juridiques de façon adéquate par la loi-programme du 29 mars 2012 en intégrant l'ensemble du système dans le code pénal social.

L'article 85 de cette loi-programme stipule en effet ce qui suit : *"L'article 16 du Code pénal social est complété par les 14° à 19° rédigés comme suit [...]"*. Les définitions de quelques notions fondamentales figurant déjà à l'article 16 sont ensuite complétées avec les éléments suivants :

- les acteurs de la lutte contre le travail illégal et la fraude sociale
- la *carte d'identité électronique*
- le Comité de gestion (de la banque de données e-PV)
- l'*e-PV*
- la *banque de données e-PV*
- la banque de données Ginaa : la banque de données de l'administration compétente (= SPF ETCS).

L'article 86 de cette loi-programme stipule ensuite que : *"Dans le livre 1^{er}, titre 5 du même Code, il est inséré un chapitre 5 intitulé : "chapitre 5. - Réglementation de certains aspects de l'échange électronique d'information entre les acteurs de la lutte contre le travail illégal et la fraude sociale."*

62. En même temps que les fonctionnaires de la direction des amendes administratives du SPF ETCS.

63. Cité dans le magazine d'information qui rassemble les fonctionnaires fédéraux, FEDRA, n° 103, avril 2012.

64. A.R. du 01.07.2011 M.B. 06.07.2011.

65. M.B. 06.04.2012 entrée en vigueur le 16.04.2012.

Ce chapitre ajouté porte les numéros d'article 100/1, 100/2, etc. (puisque les art. 100 et 101 existaient déjà). L'utilisation des éléments susmentionnés y est précisée. Les éléments importants à ce sujet sont les suivants.

Article 100/2 (CPS) : *"En vue de l'échange électronique d'information visé [...], les inspecteurs sociaux des services d'inspection sociale désignés par le Roi établissent leurs procès-verbaux de constatation d'infractions de manière électronique au moyen de l'application informatique conçue à cette fin conformément au modèle uniforme qui est déterminé par le Comité de gestion."*

Autrement dit, en théorie et à terme, le procès-verbal électronique devra être utilisé par tous les inspecteurs sociaux.

Les autres sous-articles de l'article 100 du CPS définissent les items suivants⁶⁶ :

- Le procès-verbal électronique est *signé électroniquement* à l'aide de la *carte d'identité électronique*
 - Le § 2 de cet article (89) arrête *explicitement* que ce procès-verbal électronique avec signature électronique a la même valeur qu'un procès-verbal papier porteur d'une signature manuscrite !
- Communication du procès-verbal électronique au ministère public (à déterminer par le Roi) conformément à l'article 65 du CPS. Cet article stipule que le procès-verbal de constatation d'une infraction est envoyé au ministère public, à l'administration compétente (SPF ETCS) et à l'intéressé(e)
- Archivage du proces-verbal électronique (à déterminer par le Roi)
- Création de la banque de données de procès-verbaux électroniques
 - Une banque de données de procès-verbaux électroniques est créée, comprenant les données suivantes :
 - Les personnes soupçonnées d'une infraction
 - La personne tenue civilement responsable
 - Les personnes intéressées (par ex. les travailleurs d'un employeur qui commet une infraction)
 - Toute autre personne dont l'enregistrement des données est nécessaire à une bonne compréhension des faits constatés (les témoins par ex.)
- Le financement du procès-verbal électronique
- La création d'un Comité de gestion
- La surveillance du système est confiée à la *Commission de la protection de la vie privée*
- Les catégories suivantes ont accès à la banque de données (art. 100/10) :
 - Les fonctionnaires des *services d'inspection* mandatés à cet effet ont accès :
 - aux données standards d'un procès-verbal électronique (date, lieu, suspect, qualification...)
 - aux données autres que les données standards si elles ont un intérêt pour l'enquête relative à la surveillance dont ils sont chargés (l'autorisation expresse de l'auditeur est requise s'il est en charge de cette enquête)

66. Pour tous les articles, il est prévu que le Roi peut définir des règles et des conditions alternatives, par ex. si une panne se produit ou si l'administration n'est pas encore équipée pour appliquer les nouvelles règles.

- Les fonctionnaires de *l'administration compétente* (SPF ETCS) ont accès :
 - aux données de la banque de données, pour autant qu'elles aient un intérêt pour l'exercice de leur mission légale (par ex. pour la perception de l'amende ; l'autorisation du pouvoir judiciaire n'est pas requise).
- *Le pouvoir judiciaire* (ministère public, auditeurs du travail)
 - l'auditeur (le ministère public) peut temporairement retarder l'accès à d'autres catégories s'il estime que cet accès peut constituer un danger pour l'exercice de l'action pénale ou pour la sécurité d'une personne. Ce report est appelé un "embargo"
- D'autres catégories peuvent être ajoutées
- Le SPF ETCS est désigné comme service responsable du traitement des données de la banque de données Ginaa.
- La réglementation relative à l'accès à Ginaa.
- Les dispositions communes relatives aux personnes qui ont accès au procès-verbal électronique et à la banque de données Ginaa : les instances mandatées doivent tenir à jour une liste des personnes qui exercent concrètement ce droit d'accès.

Pour conclure, nous pouvons affirmer que la loi-programme (et donc la nouvelle version du CPS) présente les mérites suivants concernant le procès-verbal électronique :

- La base juridique du procès-verbal électronique est solidement ancrée dans le CPS
- Cet ancrage s'inscrit dans la lutte contre le travail illégal et la fraude sociale
- On promeut la collecte systématique de données
- Il est possible d'obtenir de meilleures statistiques (internes et externes)
- La protection de la vie privée est garantie.

En pratique, certains éléments cruciaux doivent encore être concrétisés comme l'accès réel pour les auditorats (à l'aide d'un mouvement de rattrapage en matière informatique) et l'adhésion de différents autres services d'inspection, notamment celui de l'INAMI.

c. Le projet e-PV au Service du contrôle social

Depuis longtemps déjà, l'INAMI demande pour entrer dans le système du procès-verbal électronique.

En janvier 2011, le Service du contrôle administratif a lancé le *projet de procès-verbal électronique*. Ce projet se limite à l'introduction d'un procès-verbal électronique au Service du contrôle social et dans ce sens, il constitue un projet pilote pour un éventuel élargissement ultérieur au Service de contrôle des organismes assureurs par exemple.

Outre les avantages généraux évidents susmentionnés, le procès-verbal électronique présente d'autres caractéristiques qui peuvent spécifiquement être considérées comme des atouts pour les contrôleurs sociaux du SCS :

- Le modèle de procès-verbal électronique sera accessible via le *site portail* de la Sécurité sociale
- Comme le modèle de procès-verbal électronique est uniforme, les procès-verbaux d'autres services d'inspection sont plus compréhensibles
- Certaines données sont indiquées *automatiquement* grâce à des liens vers la BCE et la BCSS (le numéro de registre national par ex.), ce qui limite le travail
- Une *liste d'infractions* structurée et uniforme est à disposition de la personne qui verbalise

- Quand c'est possible, des *menus déroulants* présentant les choix possibles sont utilisés (par ex. pour la nationalité, les documents de séjour, la qualité...)
- Un *manuel* technique et juridique sera disponible dans l'application
- La signature électronique du procès-verbal, placée dans un environnement sécurisé et générée à l'aide de la carte d'identité électronique, donne lieu – pour les services compétents – à un "procès-verbal original" unique et accessible rapidement
- La banque de données sera également disponible en dehors des heures de travail normales
- La banque de données de procès-verbaux électroniques permettra d'améliorer l'échange d'informations entre les différents services d'inspection concernés ainsi que les échanges avec les instances de perception et celles de versement d'indemnités
- Le procès-verbal électronique peut être sauvegardé en tant que "brouillon" et ainsi être révisé par le coordinateur de l'équipe ou le service juridique par exemple.

En outre, comme les contrôleurs sociaux utilisent depuis deux ans déjà un système de gestion électronique des dossiers et un modèle électronique pour rédiger leurs rapports d'auditions et leurs procès-verbaux, les difficultés d'adaptation seront minimales.

Entre 2011 et la mi 2012, diverses questions techniques et juridiques ont fait l'objet de discussions entre les partenaires concernés (SPF ETCS, INAMI-SCA, autres services d'inspection et BCSS) au sein de différents groupes de travail. Ainsi ces discussions ont notamment déjà débouché sur une liste d'infractions pertinentes pour le SCS et sur un menu déroulant mentionnant les personnes compétentes. Le protocole dont il est question au point b, p. 321 fait référence à un numéro de procès-verbal unique qui est une des modalités permettant l'échange d'informations selon les accords de travail passés entre le SPF ETCS et l'INAMI.

Le calendrier initial prévoyait une formation pour les contrôleurs sociaux à l'automne 2012 et un accès définitif au système de procès-verbaux électroniques pour le SCS à partir de janvier 2013. Un test était également prévu pour l'échange de données utiles à partir de la banque de données de procès-verbaux électroniques. Le SCS avait également prévu un test interne pour la validation des "brouillons" de procès-verbaux.

Malheureusement, fin juin 2012, le SPF ETCS a dû provisoirement suspendre le déploiement du système pour les nouveaux partenaires à cause de problèmes budgétaires.

Entretemps, la date probable pour le démarrage du système de procès-verbaux électroniques a été fixée au 1^{er} mai 2013.

4. Action conjointe avec d'autres services d'inspection


Le CPS restructure et rassemble plusieurs instruments stratégiques qui sont plutôt axés sur une approche collective et la collaboration entre les services d'inspection.

Le *Service d'information et de recherche sociale (SIRS)*, repris aux articles 3 et suivants du CPS, a été créé par la loi-programme du 27 décembre 2006 en remplacement du Conseil fédéral et du Comité de coordination de lutte contre le travail illégal et la fraude sociale.

Contrairement à ce que sa dénomination pourrait laisser croire, le SIRS n'effectue pas lui-même des recherches. Comme organe de coordination, le SIRS soutient les services d'inspection sociale fédéraux dans leur lutte contre le travail illégal et la fraude sociale au sein et en dehors des cellules d'arrondissement. Ses objectifs sont les suivants⁶⁷ :

- mettre en œuvre la politique définie par le Conseil des Ministres
- mener des actions de prévention, des actions de formation
- apporter son soutien aux services d'inspection et aux cellules d'arrondissement
- mettre au point une collaboration internationale entre services d'inspection
- préparer des protocoles de collaboration entre l'Autorité Fédérale et les Régions pour organiser la lutte contre le travail illégal et la fraude sociale
- élaborer des plans stratégique et opérationnel, et en évaluer la réalisation.

Le SIRS est composé, d'une part, de l'Assemblée générale des partenaires et, d'autre part, du Bureau fédéral d'orientation.⁶⁸

 L'Assemblée générale des partenaires est un organe de réflexion et d'avis qui peut adresser des propositions et des recommandations aux ministres compétents pour la lutte contre la fraude sociale et le travail illégal et qui peut se pencher sur le fonctionnement des cellules d'arrondissement.

Le Bureau fédéral d'orientation est chargé, via son Comité de direction, de rédiger le plan stratégique et le plan opérationnel et d'en assurer le suivi.

Ces deux organes sont composés des plus hauts représentants des institutions de sécurité sociale (ONSS, ONEM, INAMI, ONAFTS, ONP), des services d'inspection sociale, du SPF ETCS, du SPF Finances, du pouvoir judiciaire ainsi que de quelques autres administrations ou experts.

Les *cellules dites d'arrondissement* existaient déjà : elles ont été créées par le protocole du 30 juillet 1993 passé entre les différents ministres compétents. Depuis le 3 mai 2003⁶⁹, elles sont présidées par les auditeurs du travail. Le CPS insère maintenant les cellules d'arrondissement dans ses articles 11 et suivants.

Des réunions mensuelles sont organisées au niveau des arrondissements judiciaires entre les services compétents et les autorités judiciaires (auditorat du travail et parquet). Des actions de surveillance conjointes sont programmées lors de ces réunions. En Belgique, environ 1 000 inspecteurs sociaux et contrôleurs sociaux sont directement ou indirectement concernés par la réalisation des actions des 27 arrondissements.

La cellule d'arrondissement est présidée par l'auditeur du travail et est composée :

- d'un ou plusieurs délégués :
 - de l'Inspection sociale du Service public fédéral Sécurité sociale
 - de la Direction générale Contrôle des lois sociales du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (ETCS)
 - des services d'inspection de l'Office national de sécurité sociale (ONSS), de l'Office national de l'emploi (ONEM), de l'Office national des pensions (ONP), de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS)

67. Cf. Site du SPF ETCS : www.emploi.belgique.be/sirs.aspx.

68. Art. 4 à 9 du CPS.

69. Loi du 03.05.2003 instituant le Conseil fédéral de lutte contre le travail illégal et la fraude sociale, le Comité fédéral de coordination et les Cellules d'arrondissement.

- d'un membre du Bureau fédéral d'orientation
- d'un magistrat du parquet du Procureur du Roi
- d'un membre de la police fédérale
- du secrétaire de la cellule
- d'un délégué du service d'inspection régional compétent en matière de politique d'emploi
- d'experts en fonction de l'action (par ex. inspection économique, inspection des denrées alimentaires...)

Pour les inspecteurs sociaux du SCS, il n'est pas toujours possible, d'un point de vue organisationnel, de suivre les réunions d'arrondissement et/ou de participer aux actions des cellules d'arrondissement, surtout à cause du nombre limité de contrôleurs sociaux⁷⁰. Dans la mesure du possible, les contrôleurs sociaux se rendent aussi sur place en cas d'action, quand il est plausible de trouver des bénéficiaires d'indemnités d'incapacité de travail parmi les travailleurs contrôlés.

Toutefois, il est rare de découvrir des personnes en incapacité de travail lors de grandes actions sur des chantiers. À l'INAMI nous le savons étant donné que tous les procès-verbaux dressés par les autres inspections lors d'une action conjointe sont transmis à l'INAMI après avoir été passés au crible par la voie du croisement des données. Moins de 1 % des procès-verbaux concernent des personnes en incapacité de travail.

Quoi qu'il en soit, l'existence de cellules d'arrondissement demeure un point positif pour les contrôleurs sociaux du fait du travail en réseau.

Conclusion

D'un point de vue stratégique et juridique, l'instauration du CPS dans la période 2010-2011 est incontestablement une bonne chose. En le créant, les pouvoirs publics ont pour le moins fait des efforts louables pour, en tant qu'instance judiciaire, mettre de l'ordre dans des dizaines de loi et, en tant que décideur politique, parler d'une seule voix dans le domaine de la lutte contre la fraude sociale.

Du point de vue des services d'inspection en général et du contrôle social au sein du Service du contrôle administratif en particulier, on peut parler de deux sphères d'influence pour le code pénal social.

- Primo, il exerce une influence directe sur le terrain de l'inspecteur social ou du contrôleur social vu les dispositions relatives aux phases de détection et de constatation. Ici on peut carrément affirmer que le CPS constitue un manuel juridique assez complet pour tous les corps d'inspection concernant les actes d'enquête qu'on peut poser, les principes à respecter, les devoirs et les conditions à remplir et la manière de collaborer avec les autres services d'inspection. En outre, les outils et la méthode à utiliser pour l'audition et la constatation sont élaborés très correctement, en tenant compte des droits et devoirs mutuels. Ce manuel et ces outils augmentent sans aucun doute la sécurité juridique pour le contrôleur social
- Secundo, le code pénal social a une influence indirecte sur le contrôleur par le biais de la réglementation relative à la phase des poursuites. Ici aussi le code pénal social a comme grand mérite de prévoir une législation très détaillée et d'en finir avec cet embrouillamini de lois sociales. Par ailleurs, un problème se pose : le raisonnement linéaire du CPS ne correspond pas entièrement aux sanctions "atypiques" habituelles appliquées par les institutions de sécurité sociale, à savoir les *privations* de droits dans le futur. Concernant le SCS de l'INAMI, une solution pragmatique a été trouvée pour le problème "*non bis in idem*".

70. Le SCS a un potentiel de 24 contrôleurs sociaux.

Après l'instauration d'une loi arrive la confrontation avec la pratique et les évolutions dans le monde (juridique et autre). Autrement dit, le Code pénal social est en constante évolution. Deux de ces évolutions récentes influencent directement le travail du contrôleur social.

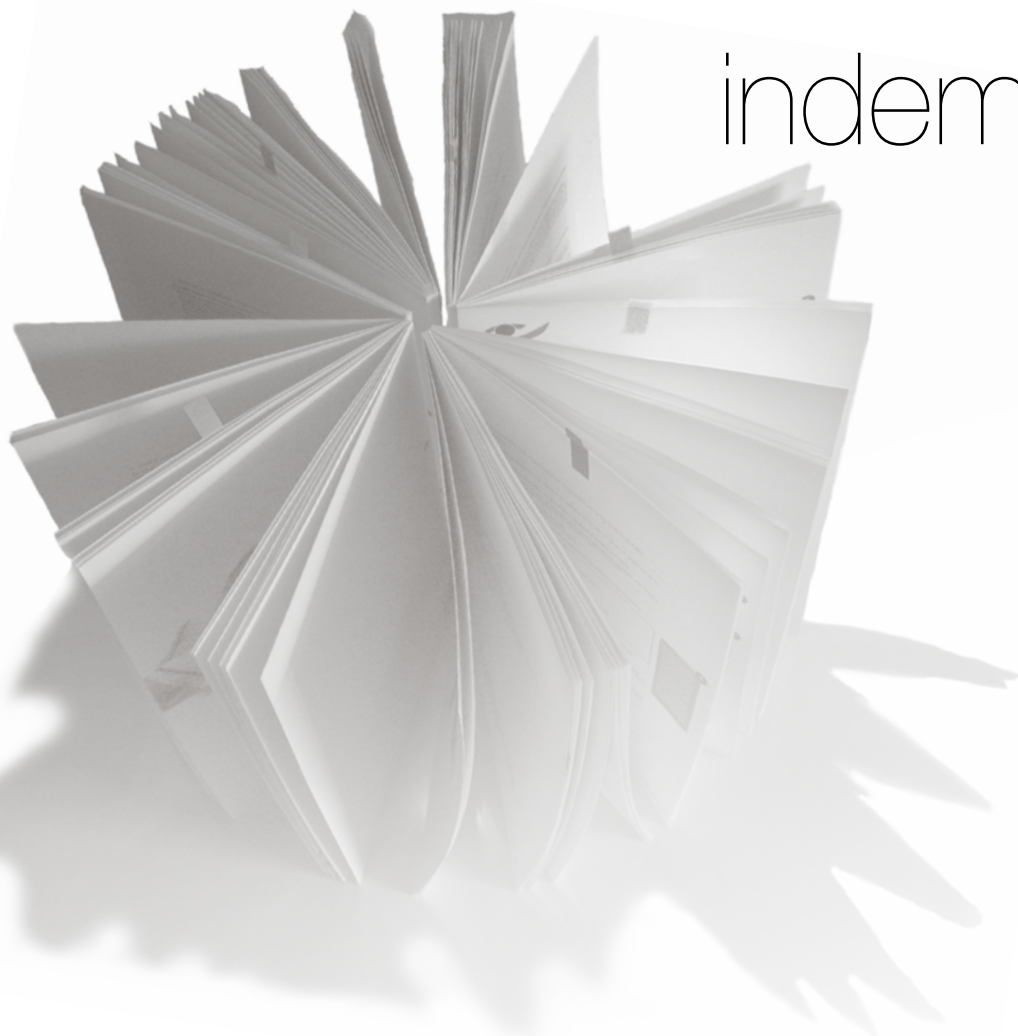
- La loi Salduz entrée en vigueur début 2012 ouvre de nouveaux droits pour l'assuré social. D'une part, cette situation nouvelle requiert une flexibilité pragmatique de la part des contrôleurs sociaux. D'autre part, force est de constater que le monde politique n'a pas encore vraiment décidé si cette nouvelle loi devait être intégrée au CPS ou pas
- La loi-programme du 29 mars 2012 a définitivement catapulté l'enquête et la constatation dans l'ère numérique du 21^e siècle pour le contrôleur social, à condition bien entendu que le projet de procès-verbal électronique soit mené à bien.

Pour conclure, nous pouvons affirmer que le Service du contrôle social a pu relever les défis que le CPS a posés jusqu'ici. En effet, des solutions efficaces ont été trouvées dans les domaines de compétence du Service du contrôle administratif pour pratiquement tous les problèmes rencontrés.

Traduction

2^e Partie

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



2^e trimestre 2012

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Accords sociaux

Depuis le 1^{er} janvier 2011, un arrêté royal porte exécution d'une mesure du "mini accord social" de 2011 pour les secteurs fédéraux de la santé¹.

Cet accord social prévoit le transfert de moyens vers l'Unisoc (fédération patronale) à partir du budget des moyens financiers, l'INAMI versant directement à l'Unisoc cette intervention d'un montant de 645 107 EUR en 2011 et 1 290 214 EUR à partir de 2012.

2. Responsabilité financière des organismes assureurs

Le calcul de la clé de répartition normative est modifié pour les calculs qui ont été effectués au cours du premier semestre 2012 et qui portent sur l'année 2008².

Les petits risques des indépendants dans l'assurance obligatoire ont été intégrés dans le nouveau modèle de calcul de cette clé de répartition de même que les informations directes sur la morbidité. La responsabilité financière définitive des organismes assureurs pour les années suivantes sera aussi fixée selon ce modèle.

3. Cotisations pharmaceutiques

Pour compenser le dépassement prévu du budget, une cotisation subsidiaire sous forme d'acompte et de décompte a été instaurée à charge des firmes pharmaceutiques dont des spécialités remboursables sont inscrites à la liste. Le pourcentage a été fixé à 2,72 % du chiffre d'affaires de 2011.³

4. Norme de croissance

La Belgique s'est engagée à assainir strictement et structurellement le budget : la croissance des dépenses de soins de santé doit aussi être réduite pour garantir une croissance tenable de ce secteur.

1. A.R. du 02.06.2012 portant exécution des art. 59quinquies et sexies de la loi-programme du 02.01.2001 relatif à l'accord social 2011 pour le secteur non-marchand, M.B. du 13.06.2012, p. 32731.
2. A.R. du 04.05.2012 fixant la méthode de calcul de la clé de répartition normative et les caractéristiques des paramètres en vue de l'application de la responsabilité financière définitive des organismes assureurs pour les années 2008 et suivantes, M.B. du 13.06.2012, p. 32713.
3. A.R. du 12.06.2012 fixant le pourcentage du solde de la cotisation subsidiaire prévue par l'art. 191, al. 1^{er}, 15^e undecies de la loi SSI - année 2011, M.B. du 20.06.2012 (Éd. 2), p. 33554.

Pour 2013, la norme de croissance sera fixée à 2 % de l'objectif budgétaire global, majorée de la hausse attendue de l'indice santé et de 40 millions d'EUR pour de nouveaux emplois dans le secteur non marchand⁴.

5. Secteur pharmaceutique

a. Prix et base de remboursement

La base de remboursement d'une spécialité pharmaceutique ne peut jamais être supérieure au prix de vente public maximum.

Depuis le 28 juin 2012, une base de remboursement supérieure au prix des spécialités les moins chères faisant partie du groupe en question peut être fixée pour tous les médicaments qui sont délivrés pour une même indication, un même traitement ou examen⁵.

Cette technique doit encore être mise en œuvre mais elle sera surtout utilisée pour la mesure d'économie sur la classe des EPO, l'objectif étant de bénéficier des baisses de prix des médicaments biosimilaires.

b. Communication des prix

La loi du 17 février 2012 instaure l'obligation pour les firmes pharmaceutiques de communiquer chaque année les prix appliqués dans les autres États membres de l'Union européenne, des spécialités pharmaceutiques remboursables protégées par un brevet. Les prix en Belgique peuvent être adaptés sur la base de ces informations afin de maîtriser les dépenses.

La première communication doit avoir lieu entre le 1^{er} et le 15 juillet 2012, elle concerne les prix valables au 1^{er} janvier 2011 et au 1^{er} janvier 2012⁶.

En outre, les pays sont mentionnés dans la loi elle-même. Il s'agit de pays qui ont un système de soins de santé et un niveau de vie comparables à ceux de la Belgique. Il est précisé que la communication concerne uniquement les spécialités dont le principe actif est remboursé pendant plus de cinq ans et moins de 12 ans et auxquelles le système de remboursement de référence n'est pas encore appliqué.

c. Prescription bon marché

Pour les médecins et les praticiens de l'art dentaire, l'objectif est de prescrire un pourcentage donné de médicaments hors brevet pour lequel il existe un médicament générique équivalent d'un point de vue thérapeutique.

Les médicaments biosimilaires entreront dorénavant aussi en ligne de compte dans la catégorie des médicaments bon marché⁷.

4. Loi programme du 22.06.2012, M.B. du 28.06.2012, art. 122.

5. Loi programme du 22.06.2012, M.B. du 28.06.2012, art. 123-124.

6. Loi programme du 22.06.2012, M.B. du 28.06.2012, art. 125.

7. Loi programme du 22.06.2012, M.B. du 28.06.2012, art. 126.

d. Cotisations sur le chiffre d'affaires

Une modification a été apportée au système des cotisations sur le chiffre d'affaires pour mieux tenir compte de la spécificité financière des spécialités dont le remboursement a été autorisé moyennant la signature d'un contrat si cela donne lieu au reversement d'un montant à l'INAMI. En effet, le coût réel pour l'assurance maladie est ainsi diminué du montant à charge de la firme. La partie du chiffre d'affaires reversée ne doit pas être soumise aux cotisations sur le chiffre d'affaires ni portée en compte en cas de dépassement budgétaire global⁸.

e. Cotisations des pharmaciens

Une cotisation sur la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables est instaurée à charge des pharmaciens⁹. Elle sert à récupérer les réductions que les firmes pharmaceutiques accordent dans le cadre de la mesure "prescription en DCI" dans les officines ouvertes au public. Lors de la fixation de la cotisation, on tient dès lors compte des possibilités des pharmaciens de négocier de meilleures conditions commerciales en fonction de la taille de leur officine.

Les pharmacies sont réparties en trois classes selon le montant des honoraires qu'elles reçoivent pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables. Ce faisant, on tient uniquement compte des honoraires composés d'un montant fixe par délivrance et pas des honoraires pour l'accompagnement de la première délivrance. Les pharmacies sont réparties en groupes en fonction des pourcentages du montant global des honoraires qui ont été payés par les organismes assureurs à charge de l'assurance soins de santé.

La cotisation a été fixée à 0,32 EUR par conditionnement. Elle est réduite à 0,20 EUR pour les petites officines et portée à 0,38 EUR pour les grandes officines.

À partir de 2013, chaque pharmacie devra déclarer le nombre de conditionnements délivrés et le montant total de la réduction au Service des soins de santé de l'INAMI.

II. Soins de santé

1. Assurés

L'intervention majorée de l'assurance a pour objectif de faciliter l'accès aux soins de santé pour un ménage qui se trouve dans une situation financière difficile au moment où il a besoin de soins de santé. Certaines mesures entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2014 pour que l'intervention majorée soit appliquée plus facilement, de manière plus transparente et qu'elle atteigne mieux le groupe cible¹⁰.

8. Loi programme du 22.06.2012, M.B. du 28.06.2012, art. 127.

9. Loi programme du 22.06.2012, M.B. du 28.06.2012, art. 128.

10. Loi programme (I) du 29.03.2012, M.B. du 06.04.2012 (Éd. 3), art. 3 à 15.

- Ce sont les moyens financiers du ménage qui constituent le principal critère pour l'octroi du droit à l'intervention majorée, indépendamment de la qualité sous laquelle les membres du ménage sont affiliés à leur mutuelle. Pour éviter des octrois injustifiés, la demande ne peut être introduite par l'assuré qu'à l'issue d'une période de référence donnée. On peut ainsi constater que le ménage est confronté en permanence et non pas ponctuellement à des difficultés financières. Certains assurés ne sont pas tenus d'attendre la fin d'une période de référence car leur situation sociale en soi indique une baisse de revenus. Ce sont par exemple des retraités, des personnes en incapacité de travail, ... Un arrêté royal peut ajouter d'autres catégories de bénéficiaires à celle ci
- Une notion unique de ménage est désormais utilisée
- L'échange de données relatives aux revenus entre les différentes parties concernées (l'INAMI, les O.A. et les mutualités) et l'Administration de la fiscalité des entreprises et des revenus est simplifié. Le Roi devient compétent pour prendre les mesures d'exécution de cette disposition légale.

2. Dispensateurs de soins

a. Praticiens de l'art infirmier

MYCARENET

Les formulaires "échelle d'évaluation" et "notification de soins infirmiers pour un patient palliatif" ont été modifiés le 1^{er} juin 2012¹¹. Les formulaires sont complétés avec des données nécessaires pour l'utilisation de MyCareNet si bien que les versions papier et électronique de la documentation sont harmonisées.

À la même date, certaines mesures sont entrées en vigueur qui entraînent une simplification administrative car elles garantissent la mise en concordance des règles de MyCareNet et des dispositions de la nomenclature¹².

- La constatation, par un médecin, de la nécessité d'une toilette pour une personne désorientée dans le temps et l'espace ne doit pas être envoyée au médecin conseil lors de la notification via MyCareNet mais elle doit uniquement être consignée dans le dossier infirmier
- Le praticien de l'art infirmier ne doit plus demander l'autorisation du médecin conseil pour attester certaines prestations techniques spécifiques de soins infirmiers. Cette demande est remplacée par une notification dans le cadre de laquelle le praticien de l'art infirmier transmet les éléments suivants au médecin conseil :
 - Le numéro INAMI du praticien de l'art infirmier qui procède à la notification
 - Le numéro INAMI du prescripteur
 - Le numéro d'inscription à la sécurité sociale (NISS) du bénéficiaire
 - Le type de prestation
 - Les dates de début et de fin de la période.

Le plan de soins doit être tenu à la disposition du médecin conseil. Un rapport médical circonstancié du médecin traitant n'est plus requis en complément.

11. Règl. du 27.06.2012 modifiant le règl. du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 12.04.2012, p. 23564.

12. A.R. du 27.03.2012 modifiant l'art. 8 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 12.04.2012, p. 23557.

3. Prestations

a. Médecins

PRESTATIONS GÉNÉRALES SPÉCIALES

Le 26 avril 2012, l'intervention dans les consultations oncologiques multidisciplinaires (COM) de suivi et les COM supplémentaires a été réduite¹³. La limitation à six médecins maximum est explicitée : il s'agit du coordinateur, de quatre participants "ordinaires" et d'un seul médecin qui atteste la prestation, y compris l'intervention dans les frais de déplacement.

Le formulaire d'enregistrement standard relatif à la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) destiné au Registre du cancer est modifié à la même date¹⁴.

Trois autres règles interprétatives relatives à la COM précisent ce qui suit : ¹⁵

- Le rapport de la COM est un document plus détaillé que le formulaire d'enregistrement du cancer ou la liste contenant les données administratives et différent de ceux ci
- L'attestation d'une COM de suivi est uniquement justifiée pour les décisions pour lesquelles l'apport de différentes spécialités est nécessaire mais pas pour celles qui peuvent aussi bien être prises par un seul médecin
- Une COM supplémentaire pour obtenir une deuxième opinion peut être attestée uniquement si la première COM n'a pas débouché sur une décision et si l'hôpital vers lequel le patient est orienté a clairement plus d'expertise en la matière.

CHIRURGIE

À la suite des modifications des dispositions de la nomenclature sur les prestations relatives à l'hernie, la règle interprétative correspondante doit être adaptée à partir de la même date, à savoir le 1^{er} janvier 2012¹⁶. La prestation relative à la chirurgie rétro-péritonéale de testicules non descendus est désormais attestée sous un autre numéro de nomenclature¹⁷.

IMAGERIE MÉDICALE

La prestation "tomographie commandée par ordinateur du cœur, avec moyen de contraste, avec évaluation de la morphologie des gros vaisseaux sanguins et du cœur chez les enfants présentant une anomalie congénitale cardiaque" peut uniquement être attestée chez les enfants. La mention "chez les enfants présentant une anomalie congénitale cardiaque" porte sur l'ensemble de la prestation si bien qu'un autre numéro de nomenclature doit être attesté pour les examens effectués chez les adultes¹⁸.

13. Règles interprétatives du 13.02.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 26.04.2012, p. 25543.

14. Règl. du 13.02.2012 modifiant le règl. du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11^o, de la loi SSI, M.B. du 26.04.2012, p. 25484.

15. Règles interprétatives du 13.02.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 26.04.2012, p. 25543.

16. Voir B.I. 2012/1, p. 54.

17. Règles interprétatives du 13.02.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 26.04.2012, p. 25542.

18. Règle interprétative du 16.04.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 30.05.2012 (Éd. 3), p. 31145.

SOINS AUX URGENCES

Le 1^{er} juin 2012, la nomenclature a été modifiée en ce qui concerne le supplément pour consultation d'urgence et l'interdiction de cumul aux urgences¹⁹.

- Le supplément pour consultation d'urgence est diminué pour le médecin de garde présent tandis qu'il est augmenté pour le spécialiste qui doit se déplacer
- Les honoraires C pour la consultation du spécialiste appelé au service des urgences et les honoraires de surveillance du premier jour pour les patients adultes ne peuvent pas être cumulés. Cette interdiction de cumul dans les services d'urgence s'applique aux patients qui ont atteint l'âge de 18 ans.

b. Praticiens de l'art dentaire

Depuis le 1^{er} mai 2012, le dentiste généraliste, le praticien de l'art dentaire spécialiste et le médecin praticien de l'art dentaire peuvent attester un supplément d'honoraires pendant un service de garde organisé quatre jours de pont par an maximum²⁰.

Les conditions sont les suivantes :

- La prestation est effectuée pendant un service de garde organisé qui est conforme à la réglementation du SPF
- Les jours de pont ont été fixés par la Commission nationale dento mutualiste
- La consultation ou la prestation technique doivent avoir un caractère urgent : elles ne peuvent pas être reportées et elles ne sont pas effectuées pendant les jours et heures mentionnés, pour des raisons personnelles du praticien de l'art dentaire ou par suite d'exigence particulière du patient
- Un supplément d'honoraires peut aussi être attesté pour les radiographies, excepté la radiographie du crâne et du massif facial.

L'intervention personnelle pour le supplément d'honoraires en cas de prestation technique urgente est calculée aux mêmes conditions que la prestation elle-même. Pour le supplément d'honoraires pour la consultation urgente, l'intervention personnelle s'élève à 25 % des honoraires pour les assurés ne bénéficiant pas du tarif préférentiel et elle est égale à zéro pour ceux bénéficiant du tarif préférentiel²¹.

c. Kinésithérapeutes

Depuis le 1^{er} juin 2012, l'article 7 de la nomenclature précise ce qui suit²².

- Pour toute nouvelle situation pathologique "Fb" autre qu'un lymphœdème, survenue pendant la période de validité d'une notification dans la liste Fb pour le lymphœdème, le patient peut continuer à bénéficier des prestations de 45 mn spécifiques au lymphœdème pendant les deux années qui suivent l'année de notification de cette nouvelle Fb

19. A.R. du 27.03.2012 modifiant l'art. 25, § 3*bis*, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 20.04.2012 (Éd. 2), p. 24528.

20. A.R. du 24.04.2012 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les art. 5 et 6 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.04.2012, p. 25867.

21. A.R. du 26.04.2012 modifiant l'A.R. du 29.02.1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, M.B. du 30.04.2012 (Éd. 2), p. 26033.

22. A.R. du 22.03.2012 modifiant l'art. 7 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 03.04.2012, p. 20829.

- Les prestations spécifiques dispensées aux “patients palliatifs à domicile” peuvent uniquement être attestées quand le patient est à son domicile. Il en découle que le traitement de ces patients en dehors de leur domicile continue à pouvoir être attesté et remboursé via les autres prestations de kinésithérapie.

d. Praticiens de l’art infirmier

DOSSIER INFIRMIER

Le dossier infirmier doit être tenu entièrement à jour pour que des honoraires puissent être dus. Ceci est précisé depuis le 1^{er} juin 2012 dans le sens où les honoraires ne sont pas dus si le dossier infirmier n’existe pas ou si le contenu minimal n’est pas mentionné dans le dossier²³. Ce contenu minimal est désormais défini plus précisément et différencié selon le type de prestation effectuée.

PRÉPARATION HEBDOMADAIRE DE MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS PAR VOIE ORALE

Depuis le 1^{er} juin 2012, l’assurance soins de santé obligatoire prévoit deux nouvelles prestations²⁴ :

- Avis infirmier et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale, suivi d’un accord du médecin traitant
- Préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale.

Le groupe cible est constitué de personnes dont l’inadéquation de l’observance thérapeutique est démontrée par le diagnostic infirmier et liée à de la démence ou à une déficience visuelle non corrigée ou à des troubles moteurs momentanés ou définitifs d’un ou des deux membres supérieurs ou à une médication complexe. Ces prestations ne peuvent pas être attestées pour les patients bénéficiant d’un forfait. Elles peuvent uniquement être attestées au domicile du patient et pendant la semaine. Elles peuvent uniquement être attestées par un praticien de l’art infirmier. Les honoraires – intégralement remboursés - s’élèvent à 22 EUR pour l’avis infirmier et la concertation et à 10 EUR pour la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale.

PRESTATIONS TECHNIQUES SPÉCIFIQUES DE L’ART INFIRMIER CONCERNANT L’ANALGÉSIE CHRONIQUE

Le 1^{er} juillet 2012, une prestation technique spécifique séparée a été insérée pour l’analgésie chronique, plus précisément des honoraires pour la surveillance et le suivi lors de l’utilisation d’un système de pompe pour l’administration d’une analgésie chronique via un cathéter épidural ou intrathécal²⁵.

23. A.R. du 27.03.2012 modifiant l’art. 8 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 12.04.2012, p. 23557.

24. A.R. du 27.03.2012 modifiant l’art. 8 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 12.04.2012, p. 23557, A.R. du 27.03.2012 modifiant l’A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l’intervention personnelle des bénéficiaires ou de l’intervention de l’assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, M.B. du 12.04.2012, p. 23556 et Règl. du 23.05.2011 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l’art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 12.04.2012, p. 23561.

25. A.R. du 24.04.2012 modifiant l’art. 8 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 07.05.2012, p. 26784.

INTÉGRATION D'UNE RÈGLE INTERPRÉTATIVE DANS LA NOMENCLATURE

Lors d'une même séance de soins, les prestations techniques spécifiques infirmières 425375, 425773 et 426171 (mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées) et les prestations techniques spécifiques infirmières 423113, 423312 et 423415 (mise en place d'un cathéter à demeure) ne peuvent être cumulées que lorsque les sites d'injection sont différents pour chacune des prestations et que les différents sites d'injection sont mentionnés dans le dossier infirmier²⁶.

e. Logopèdes

Le 1^{er} août 2012, la nomenclature des prestations de logopédie a été modifiée comme suit²⁷.

- Les différents médecins spécialistes qui peuvent prescrire les traitements des différents troubles logopédiques sont présentés sous forme de tableau
- Le médecin-spécialiste en gériatrie est ajouté comme prescripteur des bilans et du traitement des troubles aphasia, dysarthrie et dysphagie. Ce spécialiste est particulièrement confronté à ces troubles chez les patients qu'il doit traiter
- Désormais, pour que l'assurance intervienne pour certains troubles (troubles du développement du langage oral et dysphasie), il faut procéder à un test de QI figurant sur la liste limitative approuvée par la commission de conventions logopèdes – organismes assureurs. Auparavant, les tests à utiliser pour ce faire n'étaient pas précisés.

f. Hôpitaux et établissements de soins

AIDE MÉDICALE URGENTE

Depuis le 1^{er} juin 2012, les services d'ambulance peuvent appliquer le régime du tiers payant pour les frais de transport en ambulance dans le cadre de l'aide médicale urgente. Cette possibilité était déjà prévue pour les services d'ambulance des hôpitaux. Dorénavant, le tiers payant pourra aussi être appliqué si le service d'ambulance n'est pas un dispensateur de soins. C'est le Comité de l'assurance qui doit fixer les modalités d'application du régime du tiers payant²⁸.

CENTRES DE RÉFÉRENCE SIDA

La période au cours de laquelle le Comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre d'une intervention de l'assurance maladie-invalidité obligatoire dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le SIDA et de son traitement est prolongée jusqu'au 31 décembre 2011.²⁹

26. A.R. du 27.03.2012 modifiant l'art. 8 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 12.04.2012, p. 23557.

27. A.R. du 06.06.2012 modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'art. 36 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 18.06.2012, p. 33221.

28. A.R. du 24.04.2012 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 11.05.2012, p. 27790.

29. A.R. du 24.04.2012 modifiant l'A.R. du 28.12.2006 fixant les conditions dans lesquelles le comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre d'une intervention de l'assurance maladie-invalidité obligatoire dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le SIDA et de son traitement, M.B. du 16.05.2012, p. 28901.

PROGRAMME DE REVALIDATION ONCOLOGIQUE

Un programme de recherche destiné à créer un programme multidisciplinaire uniforme de revalidation oncologique associant exercices physiques et psycho éducation a été lancé dans 7 hôpitaux pour les femmes atteintes d'un cancer du sein (post thérapie). Le financement de ce programme est inscrit dans la réglementation depuis le 1^{er} mai 2011³⁰.

Le programme est basé sur des programmes de rééducation fonctionnelle existants. Il vise l'amélioration de la qualité de vie et la réinsertion, à l'aide d'exercices physiques et d'un accompagnement en matière de style de vie, de femmes souffrant d'un cancer du sein soignées par un traitement adjuvant. Les manuels pour le dispensateur de soins et la patiente ont été mis au point. L'étape suivante du projet consiste à vérifier l'efficacité du programme multidisciplinaire standardisé de revalidation oncologique qui a été élaboré. Finalement, une analyse coût-efficacité sera effectuée.

g. Prestations pharmaceutiques

DÉLIVRANCE DIFFÉRÉE

Depuis le 8 février 2010, un nouveau code "V" permet de délivrer un nombre variable de conditionnements remboursables d'une spécialité pharmaceutique, en quantité suffisante pour un traitement de 3 mois. La nouvelle disposition prévoit également que, pour une prescription en DCI, un traitement de 3 mois peut être prescrit et que tous les conditionnements nécessaires pour cette durée de traitement peuvent être remboursés.³¹

À partir du 1^{er} juillet 2011, la réglementation relative à la "délivrance différée" s'étend et permet de tarifier une délivrance différée pour une certaine "nutrition médicale" ou un certain "dispositif médical".³²

PRESCRIPTIONS EN DCI

En cas de délivrance dans une officine ouverte au public d'une spécialité pharmaceutique prescrite en DCI, la spécialité délivrée n'est remboursable que si elle appartient au groupe des spécialités les moins chères. Le groupe des spécialités les moins chères comporte chaque fois la spécialité la moins chère (compte tenu du principe actif, du dosage et de la taille du conditionnement) et toutes les spécialités qui sont relativement plus onéreuses de maximum 5 % (à nouveau compte tenu du principe actif, du dosage et de la taille du conditionnement).³³

Une disposition supplémentaire garantit que ce groupe contient au minimum 3 spécialités, pour le cas où aucune autre spécialité ne se trouverait dans la fourchette des 5 %.³⁴ Cette disposition permet d'assurer que, en cas d'indisponibilité de l'option la moins chère, il y ait toujours, pour l'exécution d'une telle prescription par le pharmacien, au moins une spécialité disponible correspondant à la prescription et répondant à toutes les conditions pour pouvoir être remboursée.

30. A.R. du 26.05.2012 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure une convention en application de l'art. 56, § 2, al. 1^{er}, 1^o, de la loi SSI, pour le paiement de l'exécution du projet de recherche revalidation oncologique, M.B. du 14.06.2012, p. 32846.

31. A.R. du 20.11.2009 modifiant l'A.R. du 21.12.2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 29.01.2010, p. 4182.

32. Règl. du 16.04.2012 modifiant le règl. du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11^o, de la loi SSI, M.B. du 19.04.2012, p. 24363.

33. A.R. du 12.03.2012 modifiant l'A.R. du 21.12.2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 19.03.2012, p. 16190.

34. A.R. du 12.06.2012 modifiant l'A.R. du 21.12.2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 22.06.2012 (Éd. 2), p. 35056.

h. Implants

NOMENCLATURE

Généralités

À partir du 1^{er} juillet 2012, les numéros de la nomenclature relatifs au remboursement de filets sont transférés de l'article 28 à l'article 35.³⁵

Auparavant, le remboursement des filets était prévu par 10 cm², ce qui entraînait des problèmes quand la surface de ces filets ne correspondait pas à un multiple de 10 cm². Dans ce cas, la valeur de remboursement devait en effet être attestée deux fois afin de couvrir la totalité de la surface implantée, même en cas de placement d'un filet de 11 cm². On a résolu ce problème en remplaçant le remboursement par 10 cm² dans les libellés et les valeurs de remboursement par un remboursement par cm² et ce, par analogie avec d'autres prestations de l'article 35 de la nomenclature.

ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

Les prestations pour le matériel utilisé lors de certaines interventions arthroscopiques sont déplacées à partir du 1^{er} août 2012 vers la catégorie "matériel endoscopique et/ou de viscérosynthèse à remboursement limité".³⁶ Auparavant, ces prestations étaient inscrites dans les dispositifs médicaux invasifs où ils n'étaient pas véritablement à leur place.

Une nouvelle prestation est également inscrite et prévoit le remboursement du matériel utilisé lors d'une méniscectomie.

Une règle interprétative explicite à partir du 1^{er} avril 2009 la façon d'attester pour les prestations liées à des fixateurs externes.³⁷

Une règle interprétative qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2011 permet, en cas de remplacement partiel d'une prothèse de disque lombaire, d'utiliser le code d'identification de la liste entre-temps modifiée des produits admis. Auparavant, on devait utiliser le code d'identification de la prothèse de disque lombaire complète.³⁸

CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTIVE

Le remboursement pour les implants mammaires et lespanseurs tissulaires sur mesure est inscrit à partir du 1^{er} juillet 2012 à l'article 35 de la nomenclature.³⁹

35. A.R. du 08.05.2012 modifiant l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.05.2012 (Éd. 3), p. 31044 et A.R. du 08.05.2012 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 30.05.2012 (Éd. 3), p. 31050.

36. A.R. du 06.06.2012 modifiant l'art. 35 *bis* de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 29.06.2012 (Éd. 2), p. 36015 et A.R. du 12.06.2012 modifiant l'A.R. du 06.03.2007 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations de l'art. 35 *bis* de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 29.06.2012 (Éd. 2), p. 36018.

37. Règles interprétatives du 26.03.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 30.04.2012, p. 25990.

38. Règles interprétatives du 26.03.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 30.04.2012, p. 25990.

39. A.R. du 27.03.2012 modifiant les art. 28 et 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.05.2012 (Éd. 3), p. 31040 et A.R. du 27.03.2012 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 30.05.2012 (Éd. 3), p. 31042.

Le Collège des médecins-directeurs fixe l'intervention de l'assurance pour ces prestations sur la base d'une demande motivée comportant :

- un rapport médical circonstancié justifiant l'utilisation d'un implant sur mesure
- un devis détaillé ou une facture détaillée émanant de la firme qui a fabriqué l'implant.

La demande de remboursement est transmise par le médecin spécialiste qui a placé l'implant au Collège des médecins-directeurs via le médecin-conseil de la mutualité à laquelle le bénéficiaire est affilié. La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée sans délai et directement au demandeur, à l'organisme assureur et au pharmacien hospitalier.

CHIRURGIE VASCULAIRE

À partir du 1^{er} août, l'assurance soins de santé rembourse le traitement endoveineux des varices des membres inférieurs avec laser ou radiofréquence.⁴⁰ Il s'agit d'un remboursement forfaitaire et l'intervention personnelle s'élève à 55 %.⁴¹

ATTESTATION DE FOURNITURE

L'attestation de fourniture d'implants est modifiée à partir du 10 mai 2012 : le code de notification obligatoire doit être mentionné et les codes IBAN et BIC sont également ajoutés.⁴²

i. Dispositifs médicaux

OXYGÉNOTHÉRAPIE

La loi-programme fixe la base légale pour la réforme de la réglementation en matière d'oxygénothérapie.⁴³ Cette réforme se compose de trois volets : remboursement du matériel, remboursement de l'oxygène gazeux et suivi des patients chroniques via des conventions.

La nouvelle réglementation entre en vigueur le 1^{er} juillet 2012.⁴⁴ Une distinction est faite entre les patients traités par oxygénothérapie chronique et les patients présentant une hypoxémie aiguë.

PATIENTS CHRONIQUES

Les patients qui ont besoin d'une oxygénothérapie chronique seront dirigés par leur médecin généraliste vers un service de pneumologie/pédiatrie hospitalier. Si après un examen, un traitement chronique est conseillé, le patient reçoit de l'oxygène à domicile via une convention conclue avec l'hôpital. Les patients qui suivent déjà un traitement de longue durée prescrit par leur médecin généraliste doivent se rendre chez un pneumologue à l'hôpital pour faire un bilan sur leur besoin en oxygène et sur le matériel le plus adapté à leur situation personnelle.

40. A.R. du 06.06.2012 modifiant l'art. 35**bis** de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 25.06.2012, p. 35338.

41. A.R. du 06.06.2012 modifiant l'A.R. du 06.03.2007 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations de l'art. 35**bis** de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 25.06.2012, p. 35337.

42. Règl. du 02.05.2012 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 30.04.2012, p. 25864.

43. Loi programme (I) du 29.03.2012, M.B. du 06.04.2012 (Éd. 3), art. 16 à 19.

44. A.R. du 17.05.2012 modifiant la liste annexée à 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 01.06.2012, p. 31367.

Les modifications prévoient également le remboursement de nouvelles techniques : oxyconcentrateurs mobiles et oxyconcentrateurs avec compresseur. Ces techniques permettent au patient de se déplacer plus librement.

En tout cas, la continuité des soins est garantie. Le médecin généraliste peut demander un remboursement temporaire pour 3 mois en attendant que le patient obtienne un rendez-vous avec le pneumologue pour démarrer ou poursuivre un traitement.

PATIENTS PRÉSENTANT UNE HYPOXÉMIE AIGÛE

Les patients qui souffrent d'hypoxémie aigüe peuvent obtenir l'oxygène en pharmacie sur prescription du médecin généraliste ou spécialiste. On distingue ici trois situations :

- les patients souffrant d'hypoxémie aigüe diagnostiquée par le médecin bénéficient d'un remboursement pour une période de 3 mois consécutifs par an au maximum, après examen médical et autorisation du médecin-conseil de la mutualité, et ce, aussi bien pour l'oxygène gazeux que pour un oxyconcentrateur. Après cette période de 3 mois, la mutualité n'intervient plus pendant les 12 mois suivant cette période
- les patients palliatifs souffrant d'hypoxémie bénéficient d'un remboursement sans aucune restriction de leur traitement par oxygénothérapie (oxygène gazeux ou oxyconcentrateur). Le médecin généraliste doit informer la mutualité du statut palliatif du patient
- les patients souffrant de "cluster headache" bénéficient d'un remboursement si un rapport d'un neurologue, d'un neurochirurgien ou d'un neuropsychiatre confirme le diagnostic, et après autorisation du médecin-conseil de la mutualité.

III. Indemnités

1. Dispositions communes à l'assurance indemnités et à l'assurance maternité

Un nouveau titre est inséré dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 pour renforcer le contrôle de la fraude aux indemnités et accroître la responsabilité des organismes assureurs afin d'éviter la récupération de rentrées indues.⁴⁵ Afin de constater le droit aux prestations et de déterminer le montant précis de ces prestations, les organismes assureurs sont tenus de consulter systématiquement les données du Registre national des personnes physiques et les données sociales qui sont disponibles dans le réseau de la sécurité sociale (par ex. les données relatives aux revenus de la DmfA).

45. Loi programme (I) du 29.03.2012, M.B. du 06.04.2012 (Éd. 3), art. 46.

2. Réadaptation professionnelle

La loi-programme prévoit, à partir du 1^{er} septembre 2011, une augmentation du montant des incitants octroyés aux titulaires en incapacité de travail qui suivent un programme de réadaptation professionnelle approuvé par le Conseil médical de l'invalidité.⁴⁶ Cette augmentation a pour objectif d'inciter les titulaires en incapacité de travail à entamer un programme de réadaptation professionnelle et à le terminer complètement et fait donc partie du processus de réinsertion dans le milieu professionnel.

Le montant de la prime passe de 1 EUR à 5 EUR par heure de formation suivie, et le montant de l'intervention forfaitaire pour le titulaire qui termine avec succès un programme de réadaptation professionnelle passe de 250 EUR à 500 EUR.

IV. Contrôle administratif

Récupération de prestations indûment payées

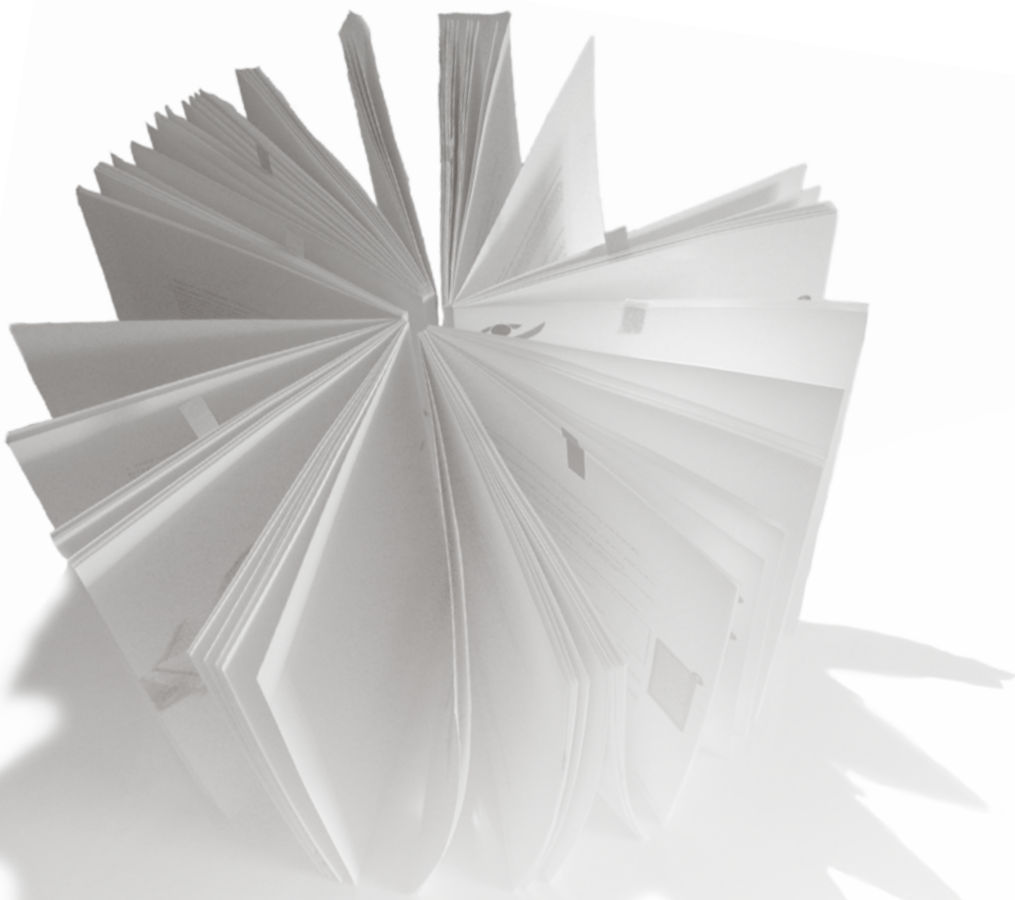
À partir du 1^{er} janvier 2004, les organismes assureurs sont tenus de communiquer à l'INAMI, une fois par trimestre, le montant total des indemnités payées indûment, en mentionnant la cause du paiement indu.⁴⁷ Cette obligation de notification au moyen d'un flux de données électronique accroît la responsabilité des organismes assureurs et permet de renforcer le contrôle.

46. Loi programme (I) du 29.03.2012, M.B. du 06.04.2012 (Éd. 3), art. 47-48.

47. Loi programme (I) du 29.03.2012, M.B. du 06.04.2012 (Éd. 3), art. 44 et 45.

3^e Partie

Jurisprudence



I. Cour constitutionnelle, 24 mai 2012¹

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 174 - Charte de l'assuré social, article 17 - Récupération de l'indu

L'article 174, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été inséré par l'article 47 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il permet aux organismes assureurs de récupérer durant un an les prestations d'invalidité indûment payées à leurs affiliés par suite d'une erreur imputable aux organismes et pour autant que l'assuré social ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'il n'avait pas ou plus droit à la prestation versée.

Arrêt n° 66/2012



Voir plus loin p. 386 pour les suites données à l'arrêt par l'INAMI, en attendant l'abrogation de l'article 174, alinéa 3 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

...

B.1.1.

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

“[...]”

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

[...]

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

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

[...]”

L'alinéa 3 de cet article a été inséré par l'article 47 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé. Il s'agit de la disposition en cause.

B.1.2.

L'article 17 de la loi du 11 avril 1995 “visant à instituer “la charte” de l'assuré social” dispose :

“Lorsqu'il est constaté que la décision est entachée d'une erreur de droit ou matérielle, l'institution de sécurité sociale prend d'initiative une nouvelle décision produisant ses effets à la date à laquelle la décision rectifiée aurait dû prendre effet, et ce sans préjudice des dispositions légales et réglementaires en matière de prescription.

1. Voir également les 2 arrêts suivants, qui sont identiques en ce qui concerne les motifs et le dispositif : Cour constitutionnelle, arrêt n° 113/2012 du 20.09.2012 ; Cour constitutionnelle, arrêt n° 132/2012 du 30.10.2012.

Sans préjudice de l'article 18, la nouvelle décision produit ses effets, en cas d'erreur due à l'institution de sécurité sociale, le premier jour du mois qui suit la notification, si le droit à la prestation est inférieur à celui reconnu initialement.

L'alinéa précédent n'est pas d'application si l'assuré social sait ou devait savoir, dans le sens de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations, qu'il n'a pas ou plus droit à l'intégralité d'une prestation. "

B.1.3.

L'article 18 de la même loi dispose :

"Sans préjudice des dispositions légales et réglementaires en matière de prescription, l'institution de sécurité sociale peut rapporter sa décision et en prendre une nouvelle dans le délai d'introduction d'un recours devant la juridiction compétente ou, si un recours a été introduit, jusqu'à la clôture des débats lorsque :

- 1° à la date de prise en cours de la prestation, le droit a été modifié par une disposition légale ou réglementaire
- 2° un fait nouveau ou des éléments de preuve nouveaux ayant une incidence sur les droits du demandeur sont invoqués en cours d'instance
- 3° il est constaté que la décision administrative est entachée d'irrégularité ou d'erreur matérielle."

B.1.4.

L'article 18bis de la même loi dispose :

"Le Roi détermine les régimes de sécurité sociale ou les subdivisions de ceux-ci pour lesquels une décision relative aux mêmes droits, prise à la suite d'un examen de la légalité des prestations payées, n'est pas considérée comme une nouvelle décision pour l'application des articles 17 et 18".

B.2.

Le juge *a quo* interroge la Cour sur la compatibilité des articles 10 et 11 de la Constitution de la disposition en cause en tant qu'elle établit une différence de traitement entre assurés sociaux.

En application de l'article 174, alinéa 3, de la loi en cause, et par dérogation au délai de deux ans prévu à titre principal à l'alinéa 1^{er} dudit article, l'assuré social qui a perçu indûment des prestations de l'assurance indemnités en raison d'une erreur imputable à l'organisme assureur peut se voir réclamer le remboursement de l'indu durant un an. En revanche, en vertu de l'article 17 de la charte de l'assuré social, celui qui a perçu des allocations indues en conséquence d'une erreur de l'institution qui a versé les allocations ne doit rien rembourser, au-delà du délai d'introduction d'un recours contre la décision prise par erreur par l'organisme assureur, sauf lorsque cet assuré savait ou devait savoir qu'il n'avait pas ou n'avait plus droit à l'intégralité de la prestation.

B.3.1.

En instituant la "charte" de l'assuré social, le législateur recherchait une meilleure protection juridique de celui-ci. Pour ce faire, la charte devait répondre aux exigences suivantes : "la sécurité juridique, l'accessibilité, la transparence, la rapidité et la minutie et enfin la simplification des charges administratives" (Doc. parl., Ch., S.E. 1991-1992, n° 353/1, pp. 1-2). Un amendement du Gouvernement (Doc. parl., Ch., S.E. 1991-1992, n° 353/2, p. 10) tendant à supprimer l'article 21 (actuel art. 17) n'a pas été retenu, parce que la Commission des affaires sociales a considéré que "cette disposition, qui accroît considérablement la sécurité juridique de l'assuré social, doit être maintenue" (Doc. parl., Ch., S.E. 1991-1992, n° 353/5, p. 19).

B.3.2.

Il a toutefois été constaté que l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 avait d'importantes implications budgétaires :

“C'est surtout dans le cadre de l'assurance chômage et de l'assurance soins de santé et indemnités que ces nouvelles dispositions pourraient donner lieu à une perte de milliards de francs de prestations payées de trop, qui ne peuvent plus être récupérés” (Doc. parl., Ch., 1996-1997, n° 907/1, p. 16).

B.3.3.

Le principe de l'article 17 de la charte a néanmoins été introduit dans plusieurs secteurs de la sécurité sociale. Ainsi en va-t-il de la législation relative aux accidents du travail (art. 60*bis* de la loi du 10.04.1971) et de la réglementation du chômage (art. 149, § 1^{er}, de l'A.R. du 25.11.1991 portant réglementation du chômage).

B.4.1.

Pour la détermination de sa politique dans les matières socio-économiques, le législateur dispose d'un pouvoir d'appréciation étendu.

Selon la Cour européenne des droits de l'homme, un contrôle plus strict de proportionnalité doit être appliqué lorsque la disposition en cause vise à réparer, au détriment d'un individu, une erreur commise par les autorités elles-mêmes, sans qu'aucune faute ne puisse être reprochée à la personne dont les droits sont affectés par cette disposition (CEDH, 15.09.2009, *Moskal c./ Pologne*, § 73). En outre, la même Cour a jugé :

“[...] les autorités publiques ne devraient pas être empêchées de rectifier des erreurs dans l'octroi des prestations, même les erreurs résultant de leur propre négligence. En juger autrement serait contraire à la théorie de l'enrichissement sans cause, serait inéquitable à l'égard d'autres personnes qui contribuent au fonds de la sécurité sociale, et équivaldrait à avaliser une allocation inappropriée de fonds publics limités. Cependant, la Cour a observé que le principe général précité ne peut prévaloir dans une situation dans laquelle la personne concernée est susceptible de supporter une charge excessive résultant de la mesure qui la prive d'un avantage” (CEDH, 14.02.2012, *B. c./ Royaume-Uni*, § 60).

B.4.2.

La disposition en cause a été promulguée le 19 décembre 2008, soit après l'article 17 de la charte de l'assuré social. Tant que cette charte demeure inchangée, une modification législative postérieure à la promulgation de la charte qui institue une réglementation applicable à un secteur de la sécurité sociale moins favorable à l'assuré que celle qui figure de manière générale dans la charte crée une différence de traitement entre les assurés sociaux qui ne peut être jugée compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution que s'il existe pour ce faire une justification spécifique pertinente.

B.5.

Les travaux préparatoires relatifs à l'article 47 de la loi du 19 décembre 2008 précitée justifient le choix du législateur de la manière suivante :

“L'insertion de cette disposition vise à permettre une récupération limitée dans le temps des prestations versées indûment à l'assuré social qui n'est pas de mauvaise foi, en cas d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle commise par l'organisme assureur lors de la mise en paiement desdites prestations. Un effet rétroactif d'un an est conféré à la décision rectifiant l'erreur initiale.

Cette adaptation met un terme à l'actuelle insécurité juridique relative à la décision de récupération de prestations indument payées en cas d'erreur d'une institution de sécurité sociale à caractère public ou privé, suite à l'arrêt de la Cour d'arbitrage n° 196/2005 du 21 décembre 2005.

Cette disposition est également justifiée en raison de la complexité des dossiers dans le secteur assurance soins de santé et indemnités, à savoir le nombre et la nature des éléments de fait et de droit à prendre en considération pour accorder les prestations et en déterminer le montant exact, l'obligation de mettre les prestations en paiement dans un délai relativement court et enfin, le coût budgétaire et financier que représente l'absence de récupération auprès de l'assuré social, coût qui devrait être pris en charge par les organismes assureurs (hypothèse peu réaliste si ce coût devait être intégralement pris en charge par ces derniers) ou par le régime (et en fin de compte par la gestion globale).

Enfin, cette disposition est similaire à celle qui a été insérée dans leur législation spécifique, par le secteur des vacances annuelles, depuis le 1^{er} janvier 2006 et par le secteur des allocations familiales depuis le 1^{er} octobre 2006” (Doc. parl., Ch., 2008-2009, DOC 52-1491/001, DOC 52-1492/001, pp. 32-33).

B.6.1.

La complexité de la gestion administrative qui incombe aux organismes assureurs ne saurait justifier que le bénéficiaire de prestations indues, qui les a perçues en conséquence d'une erreur commise par l'organisme assureur débiteur alors qu'il ne pouvait s'en rendre compte, soit tenu au remboursement des sommes qu'il a perçues indûment durant un an, alors que les bénéficiaires d'autres allocations sociales perçues indûment dans les mêmes circonstances ne sont pas tenus de les rembourser.

En effet, dans l'hypothèse envisagée, le bénéficiaire n'a commis aucune erreur, de sorte que l'organisme assureur devrait être correctement informé de sa situation juridique et matérielle. Les difficultés de gestion provoquées par la complexité du traitement des cas d'incapacité de travail ne peuvent donc pas être, dans cette situation, la cause du paiement indu. Elles ne peuvent dès lors justifier que les conséquences de l'erreur commise par le débiteur des allocations dans l'octroi de celles-ci soient mises à charge de l'assuré social.

Par ailleurs, le remboursement de sommes indûment payées étant la règle, les termes “ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'elle n'avait pas ou plus droit”, utilisés dans la disposition en cause, doivent faire l'objet d'une interprétation rigoureuse.

B.6.2.

En outre, à l'inverse du pécule de vacances, qui a fait l'objet de l'arrêt n° 39/2008 du 4 mars 2008 par lequel la Cour a jugé qu'il n'était pas contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution de permettre la récupération d'un paiement indu causé par une erreur de l'institution débitrice, les allocations d'incapacité de travail sont un revenu de remplacement qui est payé chaque mois, de sorte qu'elles constituent dans la majorité des cas l'essentiel du budget mensuel de l'assuré social qui en est créancier. Permettre durant une année entière la récupération de sommes payées ensuite d'une erreur de l'institution débitrice aurait dès lors des conséquences disproportionnées pour la plupart des allocataires sociaux se trouvant dans cette situation et à qui il ne peut être reproché aucune faute ou négligence.

B.6.3.

Enfin, la circonstance que, dans le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités, la majorité des décisions sont prises par des organismes privés collaborant à la sécurité sociale, à savoir les mutualités, ne peut pas non plus justifier un traitement inégal. Le fait que les décisions prises doivent ensuite être contrôlées par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et que ce contrôle ne peut matériellement s'opérer dans le délai de trois mois, c'est-à-dire la période durant laquelle un recours peut être introduit devant le tribunal du travail et durant laquelle l'institution peut revoir sa décision, ne peut pas non plus justifier cette différence de traitement. En effet, l'organisation des institutions privées et publiques intervenant dans ce secteur particulier de la sécurité sociale ainsi que la complexité et les lenteurs du traitement des dossiers qui en découlent ne peuvent constituer une justification raisonnable pour le fait de mettre à charge des allocataires les conséquences financières d'une erreur commise par une institution.

B.6.4.

Comme le relève le Conseil des ministres, l'interdiction de récupérer auprès de l'assuré social les prestations qu'il a indûment perçues aboutit certes, en l'état actuel de la législation, à faire peser sur l'INAMI les conséquences financières d'une erreur qui est imputable aux organismes assureurs (voy. à ce propos Cass., 22.12.2008, Pas., 2008, n° 749).

Il appartient toutefois au législateur et au Roi de modifier, le cas échéant, la réglementation pertinente afin de faire peser, totalement ou partiellement, les conséquences financières d'une telle erreur sur les organismes assureurs, responsables du versement indu des prestations à l'assuré social, ou de modifier dans un sens accru les règles de contrôle des organismes assureurs.

B.7.

La question préjudicielle appelle une réponse affirmative.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR

dit pour droit :

L'article 174, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été inséré par l'article 47 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il permet aux organismes assureurs de récupérer durant un an les prestations d'invalidité indûment payées à leurs affiliés par suite d'une erreur imputable aux organismes et pour autant que l'assuré social ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'il n'avait pas ou plus droit à la prestations versée.

...

II. Conseil d'État, section du contentieux administratif, 17 septembre 2012¹

Code judiciaire, article 828 - Loi du 14 juillet 1994, articles 140, 142, 144, 145, 146 et 191 - Évaluation et contrôle médical - Chambre de recours - Médecins conseil - Impartialité - Fonction juridictionnelle

Le requérant n'établit aucunement qu'il devrait être décidé autrement en l'espèce que dans l'arrêt du Conseil d'État n° 211.299 du 16 février 2011². D'autant moins qu'il ressort de l'arrêté royal du 7 juin 2012 que les médecins visés par la requête en récusation ne siègent plus en qualité de représentants des organismes assureurs, mais de membres de la chambre de recours présentés par des organismes assureurs.

Aucune cause de suspicion tirée de la participation de membres désignés par les organismes assureurs au comité qui dirige le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ne peut être retenue à l'égard de médecins désignés en qualité de membres de la chambre de recours visée à l'article 144 de la loi coordonnée. Il n'existe pas de lien direct entre le comité dont la composition est déterminée par l'article 140 de la loi coordonnée et les chambres de recours dont la composition est prévue à l'article 145 de la même loi.

J.V. c./SECM-INAMI
Arrêt n° 220.619

...

I. Objet des requêtes

Par une requête introduite le 3 mai 2012, V.J. demande la récusation d'un membre de la chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'institut national d'assurance maladie-invalidité, le docteur M.-A. R., dans la cause portant le numéro FB-007-05.

Le même jour, V.J. a déposé une requête en récusation d'un autre membre de la même chambre de recours, le docteur S.C.

...

1. Voir également arrêt du Conseil d'État n° 220.620 du 17 septembre 2012.
2. Publié dans le B.I. n° 2011/1, p. 76.

VI. Fondements des demandes de récusation

VI.1. À l'appui de ses demandes de récusation, V.J. fait valoir notamment les cinq griefs suivants, qu'il énonce comme il suit :

- "l'irrégularité de la composition actuelle de la chambre de recours en raison de la présence des représentants des organismes assureurs siégeant à ce titre
- la récusation d'un membre siégeant dans la chambre de recours dans sa composition actuelle
- le lien structurel entre les médecins-conseils nommés en tant que "représentants des organismes assureurs" et la partie poursuivante
- le lien contractuel entre le médecin-conseil et l'organisme assureur
- la nomination des médecins-conseils n'est pas conforme à la loi".

...

B. Décision du Conseil d'État

Par l'arrêt n° 211.299 du 16 février 2011, le Conseil d'État, saisi par le même requérant d'une requête en récusation, entre autres, du même docteur M.-A. R. en sa qualité de membre de la chambre de recours, a jugé que cette situation ne justifiait aucune suspicion légitime, après un rappel de la jurisprudence de la Cour de cassation et de la Cour européenne des droits de l'homme.

Ainsi a-t-il été décidé que l'indépendance et l'impartialité d'un médecin membre de la chambre de recours n'étaient compromises ni par les liens existant entre les médecins-conseils et le service d'évaluation et de contrôle médicaux, ni par les liens existant entre les médecins-conseils et les organismes assureurs.

Il a encore été jugé qu'était sans conséquence le fait que ces médecins soient les employés des organismes assureurs, ces organismes n'étant pas parties au litige porté devant la chambre de recours.

Malgré son ampleur, l'argumentation développée par V.J. à l'appui des présentes requêtes en récusation n'établit aucunement qu'il devrait en être décidé autrement en l'espèce, tant pour ce qui concerne le docteur C. que le docteur R.

Ceci d'autant moins que, ainsi que le fait valoir l'INAMI dans l'exception d'irrecevabilité qu'elle présente au début de son mémoire en réponse, il ressort de l'arrêté royal du 7 juin 2012 que :

" [...] sont renouvelés pour un terme de quatre ans, prenant cours le 9 juin 2012, à la Chambre de recours précitée, les mandats de :

1° sur la présentation des organismes assureurs :

- Mme C.S. et M. [...], en qualité de membres effectifs et Mmes [...] R. M.-A. et M.M. [...], en qualité de membres suppléants".

Les docteurs S.C. et M. A.-R. n'ayant plus à siéger en qualité de représentants des organismes assureurs, mais de membres de la chambre de recours présentés par ces organismes, on ne voit pas que V.J. demeure fondé à invoquer cette qualité à l'appui de la suspicion légitime qu'il allègue.

Les causes de récusation considérées ne peuvent être retenues.

À la fin de ses requêtes, V.J. demande que la question suivante soit posée à la Cour constitutionnelle :

“L’article 145, § 1^{er}, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 qui prévoit dans la composition de la Chambre de recours la présence de membres nommés sur présentation des organismes assureurs, alors que ces organismes assureurs sont potentiellement créanciers de l’une des parties et qui touchent un pourcentage de l’éventuel excédent budgétaire de l’INAMI viole-t-il les articles 151, § [sic] 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l’article 6, § 1^{er}, de la Convention européenne des droits de l’homme et alors que les membres en question sont, aux termes de leur arrêté de nomination nommés “au titre de représentants des organismes assureurs” en tant qu’il prive, de manière disproportionnée et sans justification raisonnable, les médecins du droit à un juge indépendant et impartial, alors [que] ce droit est garanti aux justiciables des juridictions de l’ordre judiciaire ?”

Les docteurs C. et R. n’étant, en toute hypothèse plus nommées au titre de représentants des organismes assureurs, la question préjudicielle n’a plus d’objet.

VI. 2. À l’appui de ses requêtes en récusation, V.J. fait valoir encore que : “les organismes assureurs “représentés” par les médecins-conseils au sein de la chambre de recours ont un intérêt personnel à la contestation”.

...

B. Décision du Conseil d’État

Les arguments tirés par l’INAMI de l’application des articles 142, § 1^{er}, 146 et 191, 17^o de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 sont de nature à contredire la thèse de V.J.

Au demeurant, par l’arrêt n^o 211.299 du 16 février 2011, celui-ci s’est vu opposer, alors qu’il prenait un argument analogue, sinon identique, de l’article 145, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée à l’appui d’une demande de récusation, que :

“les organismes assureurs [...] ne sont pas directement intéressés au litige porté devant la chambre de recours; qu’il ressort, en effet, du libellé de l’article 146, § 2, alinéa 2, *in fine*, et de l’article 164, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 que ces dispositions s’appliquent sans préjudice du régime prévu par son article 142, § 1^{er}, à savoir, celui de la poursuite par le SECM et le jugement par les chambres juridictionnelles, qui est celui dans lequel se meut le litige opposant le requérant et la partie adverse devant la chambre de recours; que l’article 142 de la loi coordonnée ne prévoit pas que le remboursement est effectué au profit des organismes assureurs; qu’au contraire, l’article 191 de cette loi prévoit que le produit des amendes administratives ou remboursements visés aux articles 142 et 143 de la loi et des remboursements volontaires visés à l’article 146 constituent des ressources de l’assurance, mais non des ressources des organismes assureurs; que la circonstance que les organismes assureurs voient une partie de leur financement varier en fonction d’un éventuel surplus budgétaire ne constitue raisonnablement qu’un élément trop indirect pour pouvoir justifier que les organismes assureurs auraient un intérêt direct à la cause au terme de laquelle un dispensateur de soins pourrait être amené à être condamné à rembourser des prestations indûment attestées”.

La cause de récusation considérée ne peut être retenue.

VI. 3. V.J. affirme enfin que : “les organismes assureurs ont des liens structurels avec le SECM”.

...

B. Décision du Conseil d'État

Le service d'évaluation et de contrôle médicaux est dirigé par un comité dont la composition est déterminée par l'article 140 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Il n'a pas de lien direct avec les chambres de recours visées à l'article 144 de la même loi.

Celles-ci sont composées en effet, selon l'article 145 de la même loi :

- “1° d'un président, conseiller en fonction ou émérite, suppléant ou de complément, à la cour d'appel ou à la cour du travail ou magistrat du Ministère public près de ces cours, visées à l'article 40 de la Constitution, membre effectif, nommé par le Roi;
- 2° de deux membres, docteurs en médecine, ayant voix consultative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les organismes assureurs, membres effectifs;
- 3° de deux membres, ayant voix consultative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les groupes visés respectivement à l'article 140, (§ 1^{er}), alinéa 1^{er}, 3°, 5° à 21°, membres effectifs. Ces membres ne siègent toutefois que dans les affaires qui intéressent directement le groupe qui les a présentés.

[...]”.

V.J. ne peut être suivi en ce qu'il prétend tirer de la participation de membres désignés par les organismes assureurs au comité qui dirige le Service d'évaluation et de contrôle médicaux une cause de suspicion à l'égard des docteurs C. et R. en leur qualité de membres de la chambre de recours.

La cause de récusation considérée ne peut être retenue.

PAR CES MOTIFS,

DÉCIDE :

Article 1^{er}

Les requêtes en récusation des docteurs C. et R. sont rejetées.

Article 2

L'affaire est renvoyée devant la chambre de recours, instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

...

III. Cour du travail de Mons, 13 septembre 2012

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 - Incapacité de travail - Cessation des activités

N'a pas cessé toute activité au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'assuré qui exerce un mandat de gérant de société à titre gratuit. À défaut pour l'assuré de démontrer qu'il a délégué ses pouvoirs, qu'il a confié la partie administrative (comptable, fiscale, sociale) et commerciale à un tiers, son activité de gérant, fut-elle non rémunérée, est incompatible avec le maintien des indemnités d'incapacité de travail.

L'autorisation du médecin-conseil permettant à l'assuré d'exercer une activité d'ouvrier à temps partiel dans l'entreprise ne lui permettait pas d'exercer un mandat de gérant de cette entreprise.

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 174 - Reprise de travail non autorisée - Manœuvres frauduleuses

Des attestations de revenus pour une activité autorisée ne peuvent être considérées comme fausses lorsqu'il n'est pas démontré que les revenus qui y étaient repris étaient inexacts et lorsque leur validité n'a pas été contestée in tempore non suspecto.

L'abstention de faire la déclaration de l'exercice d'une activité de mandataire de société à titre gratuit n'est pas constitutive d'un comportement frauduleux dans le chef de l'assuré au motif qu'il pouvait légitimement penser que cette activité ne devait pas faire l'objet d'une déclaration distincte, vu qu'à l'époque litigieuse l'exercice de cette activité faisait l'objet d'interprétations différentes au sein de cours et tribunaux.

H.C. c./O.A.-INAMI
R.G. n° 2007/AM/20687

...

1. Les faits et antécédents de la cause

Monsieur H., né le 9 mars 1945, peintre de formation, a été victime d'un accident du travail le 14 juillet 1976.

Il a été reconnu totalement incapable de travailler du 14 juillet 1976 au 11 avril 1977 et s'est ensuite vu reconnaître une I.P.P. de 50 % par l'assureur loi, (...).

À dater du 16 août 1978, Monsieur H. a obtenu l'autorisation du médecin conseil de l'O.A. de reprendre une activité à raison de 4 heures par jour en qualité d'ouvrier d'entretien.

Il a remis mensuellement à l'O.A. une attestation de travail à mi-temps en qualité d'ouvrier d'entretien et des attestations de revenus à ce titre.

Néanmoins, il ressort d'une publication aux annexes du Moniteur belge du 1^{er} mai 1987 que, par acte reçu par le Notaire R. le 6 avril 1987, Monsieur H. et un sieur D. ont constitué la S.P.R.L. (...) et que Monsieur H. a été nommé en qualité de gérant à titre gratuit.

En date du 17 mai 1995, Monsieur L., inspecteur auprès des services de l'INAMI, établit un procès-verbal constatant dans le chef de Monsieur H., une activité frauduleuse dès lors que d'avril 1987 à avril 1995, il a remis une déclaration indiquant qu'il était occupé à temps partiel en qualité d'ouvrier pour compte de la société (...) alors qu'en réalité, il exerçait la fonction d'associé et de gérant unique de ladite société.

En date du 15 juillet 1995, Madame P. est nommée gérante de la S.P.R.L. (...).

En date du 16 avril 1996, Monsieur L.; inspecteur auprès des services de l'INAMI, établit un nouveau procès-verbal reprenant sensiblement les mêmes constatations que celles reprises dans le procès-verbal du 17 mai 1995.

En date du 12 septembre 1996, il notifie à l'O.A. les différentes constatations qu'il a effectuées lors de sa visite de contrôle du 12 au 13 août 1996 à la Fédération (...) et conclut que :

- Monsieur H. a été payé indûment, en invalidité, du 6 avril 1987 au 30 juin 1996 ; ce qui représente un montant total de 1 967 414 francs
- l'intéressé a perdu sa qualité de titulaire au sens de l'article 32 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ; il y a donc lieu de récupérer les soins de santé remboursés indûment.

Le 10 décembre 1996, l'O.A. saisit le tribunal du travail de Charleroi par requête aux fins d'obtenir un titre exécutoire afin de récupérer à charge de Monsieur H. la somme de 2 022 876 francs (2 016 392 francs à titre d'indemnités indûment payées du 06.04.1987 au 31.08.1996 et 6 484 francs à titre de soins de santé pour la période du 05.05.1994 au 03.10.1996).

Le 11 septembre 1997, l'INAMI notifie à Monsieur H. sa décision de l'exclure du droit à l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé pendant une période de 100 jours à compter du 1^{er} jour ouvrable suivant la remise du pli recommandé à la poste. Monsieur H. conteste cette décision par requête déposée le 25 septembre 1997.

Le 29 octobre 1997, l'O.A. notifie à Monsieur H. sa décision de récupérer la somme de 191 454 francs représentant des prestations de santé octroyées indûment depuis le 6 avril 1987.

...

4. Discussion - décision

4.1. Notion d'activité exercée pendant une période d'incapacité de travail

Le travailleur salarié doit, pour être reconnu incapable de travailler, avoir mis fin à toute activité.

La cessation visée par l'article 56, § 1^{er}, de la loi du 9 août 1963 (devenu l'art. 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée le 14.07.1994) concerne toute activité, qu'il s'agisse d'une activité professionnelle principale ou accessoire et même d'une activité de type non professionnel pour laquelle le titulaire ne perçoit pas une rémunération ou un revenu en espèce mais ne fait que l'économie de dépenses ce qui augmente indirectement son patrimoine (Cass., 21.01.1982, Bull. Arr., 1982, p. 651 ; Cass., 23.04.1990, J.T.T., 1990, p. 466 ; Cass., 18.05.1992, J.T.T., 1992, p. 401).

L'assuré social reconnu incapable de travailler interrompt son incapacité indemnisable quand il reprend un travail, salarié ou non (en ce sens : Cass., 19.10.1992, Chr.D.Soc., 1993, p. 64), si celui-ci entre dans la notion d'activité figurant dans cette disposition légale à savoir *"toute occupation orientée vers la production de biens ou de services permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui ; il importe peu, à cet effet, que cette activité soit occasionnelle, voir même exceptionnelle"* (C.T. Mons, 24.02.1989, J.T.T., 1989, p. 192 ; C.T. Mons, 26.05.1988, Bull. INAMI, 1988, p. 332 ; C.T. Mons, 03.04.1988, Bull. INAMI, 1992, p. 338 ; C.T. Mons, 18.04.2003, RG 14310, inédit).

La charge de la preuve de l'activité non autorisée incombe à l'organisme assureur et/ou à l'INAMI.

Si la reprise d'une activité professionnelle est incompatible avec le maintien de la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité, il existe une exception : elle vise le travailleur qui a sollicité de son médecin-conseil l'autorisation de reprendre une activité.

Cependant, il ne suffit pas d'avoir demandé l'autorisation ; il faut s'y tenir strictement.

En l'espèce, il est établi que l'appelant a, dès la constitution de la S.P.R.L. (...) (le 06.04.1987) été nommé en qualité de gérant unique.

Il considère, cependant, que ce mandat était gratuit et ne lui procurait, donc, aucun revenu et qu'en outre, ce mandat n'occasionnait dans son chef que des tâches résiduelles, limitées.

Comme précisé ci-avant, il ne faut pas lier la cessation d'activité à l'absence de revenus dès lors que l'activité de l'entreprise peut se poursuivre et, ainsi, générer des revenus ou des avantages au profit du travailleur.

La fonction de gérant d'une S.P.R.L., telle qu'exercée par l'appelant (gérant unique jusqu'en juillet 1995 et cogérant à partir de cette période), implique nécessairement de multiples activités (contacts avec la clientèle et les fournisseurs, accomplissement des formalités administratives et sociales, gestion du personnel,...) qui sont indispensables à la survie de l'entreprise.

À défaut pour l'appelant de démontrer qu'il a délégué ses pouvoirs de gestion journalière ou qu'il a confié la partie administrative (comptable, fiscale, sociale) à un tiers, son activité de gérant, fut-elle non rémunérée, est incompatible avec le maintien des indemnités d'incapacité de travail.

À cet égard, la cour relève que la pièce 5 du dossier de l'appelante n'énerve en rien cette conclusion : non seulement, la lettre de la Banque n'a pas de valeur officielle mais en outre, elle est contraire aux différentes publications légales aux termes desquelles l'appelant, gérant unique, dispose de tous les pouvoirs de gestion et peut agir seul en nom et pour compte de la société (publications aux annexes du M.B. du 24.09.1992 - pièce 3.2. dossier de l'appelant). Il en est de même s'agissant de la nomination conjointe de Madame P. dès lors que le procès-verbal de l'assemblée générale précise qu'indépendamment d'une délégation partielle de la gestion (personnel et comptabilité), l'appelant reste le gestionnaire commercial de l'entreprise (pièce 3.5. dossier de l'appelant).

Par ailleurs, l'autorisation du médecin-conseil permettant à l'appelant d'exercer une activité d'ouvrier à temps partiel au sein de l'entreprise ne lui permettait pas d'exercer ce mandat de gérant de la société.

En effet, des règles très strictes et précises (art. 56 de la loi du 09.08.1963, art. 14 de l'A.R. du 31.12.1963 et art. 232 de l'A.R. du 04.11.1963) régissent le maintien du droit aux indemnités en cas de reprise d'une activité autorisée par le médecin-conseil :

- l'octroi de l'autorisation doit être antérieur à la reprise d'activité
- le médecin-conseil doit vérifier si l'activité que le travailleur envisage de reprendre à temps partiel est compatible avec l'affection présentée
- l'autorisation doit préciser la nature, le volume et les conditions d'exercice du travail autorisé.

Il s'ensuit qu'une activité autorisée chez tel employeur ne sera pas forcément autorisée chez tel autre et qu'une autorisation accordée par une activité déterminée ne vaut pas pour un autre type d'activité (en ce sens : C.T. Liège, 13^e Chambre, 20.03.2008, R.G. 8.063/2006).

Il ressort des considérations qui précèdent que l'appelant a repris une activité sans autorisation préalable du médecin-conseil laquelle est incompatible avec le maintien du droit aux indemnités d'incapacité de travail dès la reprise de ladite activité, soit dès le 6 avril 1987.

L'appel n'est pas fondé sur ce point.

Dans son avis, le Ministère public suggère une réouverture des débats pour que les parties s'expliquent sur l'application éventuelle de l'article 101 de loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Toutefois, la cour relève que les dispositions applicables à la notion d'incapacité de travail sont à chercher dans la loi du 9 août 1963 qui régissait la situation de l'appelant à partir du début de sa période d'incapacité de travail indemnisée (C.T. Mons, 4^e Chambre, 15.09.2010, R.G. 2007. AM.20565).

Lorsque la période d'incapacité de l'appelant a débuté, ni l'article 56*bis* ni l'article 56*ter* n'étaient d'application (loi du 18.10.1991, M.B. 17.12.1991) : la seule disposition applicable était l'article 56, § 2, de la loi du 9 août 1963.

Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une réouverture des débats sur ce point.

4.2. Délai de prescription

L'article 106, § 1^{er}, 5^o, 6^o, 7^o, de la loi du 9 août 1963 prévoyait un délai de prescription de deux ans. Toutefois, l'alinéa 3 de ce § 1^{er} précisait que ces délais "*ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu des prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité*". Pour ces manœuvres frauduleuses, le délai applicable était le délai de droit commun fixé à trente ans à l'époque, délai qui fut réduit à cinq ans par la loi du 6 août 1993 portant des dispositions sociales et diverses.

Ce délai de cinq ans a été repris par l'article 174 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, législation applicable au moment où l'O.A. introduisit son action devant le tribunal du travail de Charleroi.

L'article 174, alinéa 1^{er}, 5^o et 6^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 est libellé comme suit :

"Alinéa 1^{er} :

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

6^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.*

Alinéa 3 :

Les prescriptions prévues aux 5°, 6°, 7° 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 (...).

La loi n'a pas défini les termes "*manœuvres frauduleuses*". Il convient, dès lors, de se référer aux principes du droit commun des obligations.

Le Procureur général L. écrivait quant à lui :

"Ces deux notions de dol et de fraude fort voisines, s'interpénètrent et il est d'autant plus malaisé de les départager que les auteurs de notre Code civil semblent avoir, parfois, utilisé ces termes comme synonymes.

Ce qu'il nous suffit de comprendre et de retenir pour la solution des problèmes que nous examinons ensemble, c'est que celui qui use de dol ou de fraude a, dans chaque cas, la volonté malicieuse de tromper l'administration en vue de son propre profit. Nous rejoignons ainsi notre opinion selon laquelle le législateur semble avoir voulu - en retenant cette double formulation - viser tout agissement volontairement illicite dont certains bénéficiaires de prestations sociales usent pour en obtenir indûment l'octroi, ce afin de distinguer ces cas de ceux (...) où les versements indus découlent soit d'erreur administrative, soit d'un manque de diligence des organismes attributeurs dans l'application des règles de Cumul" (J. LECLERCQ, Mercuriale du 02.09.1975 in "La doctrine du judiciaire", De Boeck, pp. 318-319).

La doctrine actuelle décrit, quant à elle, comme suit les manœuvres frauduleuses :

"Les manœuvres frauduleuses impliquent, dans le chef d'une personne, une volonté de tromper en vue d'obtenir un avantage auquel elle n'a pas droit. Dès lors :

- *la simple méconnaissance de la loi n'entraîne pas par elle-même l'existence de manœuvres*
- *le seul fait de ne pas procéder à une déclaration, même imposée par la loi, ne constitue pas en soi une manœuvre frauduleuse si l'intention de tromper n'est pas démontrée" (J-F. FUNCK, Droit à la sécurité sociale, Ed. De Boeck, 2006, pp. 73-74).*

Cette dernière phrase constitue une application de l'enseignement issu de l'arrêt prononcé par la Cour de cassation le 4 janvier 1993 (Pas., I, p. 3), selon lequel *"l'action en récupération des indemnités d'incapacité de travail octroyées indûment se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent ces indemnités, même si, à la suite d'une omission non-frauduleuse, le titulaire n'a pas informé son organisme assureur de sa demande d'obtention d'un avantage en raison duquel il ne pouvait plus prétendre aux indemnités d'incapacité de travail".*

La cour de céans a défini, quant à elle, les manœuvres frauduleuses *"comme tout agissement malhonnête réalisé malicieusement en vue de tromper un organisme assureur pour son propre profit, pouvant aussi bien consister en des actes positifs qu'en des abstentions ou attitudes passives" (C.T. Mons, 03.04.1992, B.I. INAMI, 1992, p. 338 ; C.T. Mons, 10.01.1992 et "la chronique de jurisprudence relative à la reprise d'une activité sans l'autorisation du médecin-conseil", M. DE MEESTER- DE GHELLINCK, R.B.S.S., 1993, p. 43).*

La fraude ne se présume pas de telle sorte que la charge de la preuve de l'existence de manœuvres frauduleuses dans le chef de l'assuré social incombe à l'organisme de sécurité sociale.

Aux termes de l'arrêt de renvoi prononcé le 4 décembre 2006, la Cour de cassation a confirmé l'enseignement déduit de l'arrêt prononcé le 4 janvier 1993 en estimant que la fraude ne pouvait pas être déduite de la considération selon laquelle l'assuré social pouvait se renseigner quant à l'étendue de ses obligations à l'égard de son organisme assureur et pas davantage de la circonstance selon laquelle il n'avait pas déclaré à celui-ci la poursuite d'une activité.

En l'espèce, les intimés soutiennent que le comportement frauduleux de l'appelant ressort des éléments suivants :

- la remise mensuelle des attestations de revenus relatives à son activité autorisée d'ouvrier lesquelles étaient signées par l'appelant en sa qualité de gérant ; ces attestations seraient fausses
- l'exercice d'une activité non autorisée sans en faire la déclaration ; il ne s'agirait pas d'une simple abstention mais bien d'un comportement positif.

En réalité, contrairement à ce que prétendent les intimés, les attestations mensuelles de revenus ne peuvent être qualifiées de faux dès lors qu'il n'est pas établi que les revenus qui y étaient repris étaient inexacts ; il échet de relever que le mandat de gérant était exercé à titre gratuit. Par ailleurs, aucun élément ne permet d'affirmer que le libellé des dites attestations traduisait l'intention de l'appelant de ne pas dévoiler sa qualité de gérant : outre qu'aucun texte réglementaire n'impose un libellé précis auquel il n'aurait pas été satisfait, la validité des dites attestations n'a jamais été remise en cause *in tempore non suspecta*.

S'agissant de l'absence de déclaration de son mandat de gérant, la cour considère, à l'instar du Ministère Public et sur base de la position adoptée par la Cour suprême en 2006, qu'il n'y a pas lieu de considérer que cette abstention correspond à un comportement positif dès lors que :

- à l'époque litigieuse, la situation des mandataires de société à titre gratuit faisait l'objet d'interprétations différentes au sein des cours et tribunaux, avant d'être plus clairement considérée comme étant une activité s'intégrant dans le courant des échanges économiques
- dans ce contexte, ayant obtenu l'autorisation pour exercer une activité d'ouvrier à temps partiel, l'appelant pouvait légitimement penser que son mandat de gérant au sein de la société ne devait pas faire l'objet d'une autorisation distincte et ce, d'autant que ce mandat était exercé à titre gratuit.

Les intimés restent, donc, en défaut de justifier le caractère frauduleux du comportement de l'appelant en fonction des circonstances de fait de la cause.

Dans ces conditions, il y a lieu de faire application du délai de prescription de deux ans prévu par l'article 174, alinéa 1^{er}, 5^o et 6^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Sur ce point, l'appel est fondé.

...

IV. Cour du travail de Mons, 17 octobre 2012

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, articles 101 et 102 - Incapacité de travail - Reprise non autorisée

L'application des articles 101 et 102 de la loi coordonnée ne peut être envisagée lorsqu'il n'y a pas eu cessation complète de toute activité après la reconnaissance de l'incapacité et que l'assuré a implicitement mais certainement renoncé au bénéfice de l'article 101, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée en ne contestant pas la décision prise par le médecin-inspecteur de l'INAMI selon laquelle sa capacité de gain n'est pas réduite d'au moins 50 % sur le plan médical pendant la période litigieuse.

G.R. c./INAMI-O.A.
R.G. n° 2012/AM/18

...

Fondement :

Faits et rétroactes de la procédure :

Il appert des éléments auxquels la cour de céans peut avoir égard que M. R., né le 12 février 1947, a été reconnu en état d'incapacité de travail à partir du 4 janvier 2006.

Jusqu'à cette date, M. R. était employé en tant qu'illustrateur chez C. et exerçait, également, une activité complémentaire de musicien.

Il a fait l'objet d'un contrôle de l'inspection de l'INAMI en date du 17 mai 2008 à 20 heures 30' alors qu'il jouait de la musique à la Taverne (...).

Dans le cadre des investigations menées par la suite par le service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, il a été constaté que M. R. avait aussi animé deux soirées pour le compte de la municipalité de (...) en (...) les 6 juillet et 10 août 2008.

Monsieur R. a signé, dans le cadre de cette activité, deux contrats intitulés "contrat d'engagement d'artistes de variétés" et a été rémunéré pour ces prestations (2 x 250 EUR).

Lors de son audition du 9 janvier 2009 enregistrée par un contrôleur social de l'INAMI, M. R. a reconnu cette activité.

Un procès-verbal à charge de M. R. fut dressé le 14 janvier 2009 concluant à une reprise d'activité en tant qu'animateur musicien au 6 juillet 2008 et ce sans autorisation préalable du médecin-conseil.

Lors de la visite de contrôle de l'INAMI au siège de l'O.A., il a été constaté, en outre, que M. R. n'avait ni sollicité ni obtenu du médecin-conseil l'autorisation d'exercer une activité à temps réduit durant son incapacité et qu'il n'avait pas davantage déclaré à l'O.A. cette activité ni les revenus en découlant.

Il a été considéré que, par cette reprise du travail au 6 juillet 2008, M. R. avait mis fin à son incapacité. Il sera examiné le 5 février 2009 par le Docteur F. dans le cadre d'une éventuelle application de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. L'application de l'article 101 sera refusée, par décision du 5 mars 2009, l'INAMI considérant que la capacité de M. R. n'était pas réduite d'au moins 50 % sur le plan médical pendant les périodes litigieuses.

Monsieur R. n'a pas introduit de recours à l'encontre de cette décision.

...

Discussion - En droit :

I. Fondement de la requête d'appel de M. R.

I.1. Quant à la reprise d'un travail non autorisé

A. NOTION D'ACTIVITÉ EXERCÉE PENDANT UNE PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Les principes

Le travailleur salarié doit, pour être reconnu incapable de travailler, avoir mis fin à toute activité. Une interruption d'un jour de travail suffit (J. KIEKENS, "Études juridiques, sociales et statistiques : l'interdiction de travailler et le droit aux prestations sociales", R.B.S.S., 1991, p. 313).

La cessation visée par l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée concerne toute activité, qu'il s'agisse d'une activité professionnelle principale ou accessoire et même d'une activité de type non professionnel pour laquelle le titulaire ne perçoit pas une rémunération ou un revenu en espèce mais ne fait que l'économie de dépenses ce qui augmente indirectement son patrimoine (Cass., 21.01.1982, Bull. Arr., 1982, p. 651 au sujet d'un assuré social qui, aidé par les membres de sa famille, a travaillé à la construction de son habitation se passant des services d'un entrepreneur ou d'un ouvrier qualifié ; voyez également : Cass., 23.04.1990, J.T.T., 1990, p. 466 et Cass., 18.05.1992, J.T.T., 1992, p. 401).

D'autre part, la *reprise* du travail met en principe fin à l'incapacité du travail. Autrement dit, l'assuré social reconnu incapable de travailler en vertu de l'article 100, § 1^{er}, interrompt son incapacité indemnisable quand il reprend un travail, salarié ou non (en ce sens : Cass., 19.10.1992, Chr.D.Soc., 1993, p. 64) si celui-ci entre dans la notion d'activité figurant dans cette disposition légale à savoir "toute occupation orientée vers la production de biens ou de services permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui ; il importe peu, à cet effet, que cette activité soit occasionnelle, voir même exceptionnelle" (C.T. Mons, 24.02.1989, J.T.T., 1989, p. 192 ; C.T. Mons, 26.05.1988, Bull. INAMI, 1988, p. 332 ; C.T. Mons, 03.04.1988, Bull. INAMI, 1992, p. 338; C.T. Mons, 18.04.2003, RG 14310, inédit).

Ce travail est, en réalité, toute activité à caractère productif effectuée dans le cadre de relations sociales et ce même si elle est accomplie sans rémunération au titre de services d'amis (Cass., 18.05.1992, Larcier Cass., 1992, p. 518).

Très clairement, la cessation d'activité, visée à l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée sur l'assurance maladie-invalidité concerne toute activité qu'il s'agisse d'une activité professionnelle principale ou accessoire et même d'une activité de type non professionnel pour laquelle le titulaire ne perçoit pas une rémunération ou un revenu en espèce mais ne fait qu'une économie de dépense, ce qui augmente indirectement son patrimoine (C.T. Mons, 19.11.2008, inédit, RG 20.602).

Par exception, l'article 101 de la loi coordonnée accorde aux travailleurs réunissant certaines conditions médicales (capacité réduite d'au moins 50 % sur le plan médical) et qui ont repris, sans l'autorisation préalable visée à l'article 101, § 2, un travail, le maintien du régime d'incapacité de travail leur reconnu originairement avec son corollaire à savoir le maintien de leur assurabilité ainsi que le bénéfice de la limitation de la récupération des indemnités versées indûment aux seules journées au cours desquelles ils se sont livrés à l'activité non autorisée (voyez à cet effet : Doc Parl., Ch. Rep. sess. ord. 1988-1989, n^{os} 810/1 à 3 et sess. ord. 1990-1991, n^{os} 810/4 et 5, et spéc. les n^{os} 810/1 et 810/3 ; Doc Parl., Sénat sess. 1988-1989 n^{os} 882/1 et 2 et spéc. le n^o 882/2 (rapport de la commission des affaires sociales).

2. Application des principes au cas d'espèce

Il ressort de l'enquête menée par les services de contrôle de l'INAMI que M. R. a exercé une activité de musicien, à tout le moins en dates des 6 juillet et 10 août 2008, sans avoir recueilli l'autorisation préalable du médecin-conseil alors qu'il était en incapacité de travail indemnisée depuis le 4 janvier 2006.

Ces faits sont dûment attestés par deux contrats d'occupation conclus entre la Mairie (...), et deux cocontractants, à savoir la société (...), d'une part, et M. R., d'autre part, le premier en qualité d'intermédiaire responsable, le second en qualité d'artiste. Ces prestations étaient de 3 heures 30' chacune et indemnisées à concurrence de 300 EUR, dont 250 EUR pour l'artiste.

Entendu le 9 janvier 2009 par le contrôleur social, M. R. a indiqué :

"... avant mon incapacité, je travaillais chez (...) ... j'avais également une activité complémentaire de musicien. Je joue du synthétiseur.

Je n'ai toutefois jamais été inscrit comme travailleur indépendant à titre complémentaire ...

À cette époque, j'exerçais cette activité uniquement au restaurant de mon ami M à (...) ...

Cette activité n'était pas régulière...

J'étais rémunéré pour cette activité..."

Monsieur R., par la suite, expose qu'il n'a, en réalité, jamais mis fin à son activité complémentaire de musicien :

"Je souligne que durant l'année 2006... il m'arrivait encore, mais à titre exceptionnel, de jouer de la musique au restaurant de mon ami M. à (...).

Mon ami m'offrait simplement le repas.

J'ai donc joué de la musique les 6 juillet et 10 août de 15:00 à 18:30 au parc de la falaise de "(...)"...

J'ai reçu 250 EUR pour chaque prestation, de la part de l'organisateur.

Je n'ai pas informé ma mutuelle de ces prestations ni de la rémunération que j'ai perçue.

Vous me demandez si, hormis ces deux prestations, ainsi que celle de 2006 au restaurant de mon ami M. à (...), il m'est arrivé de jouer de la musique pour des tiers, que ce soit bénévolement ou bien rémunéré. Je vous réponds que non.

Vous m'évoquez le contrôle dont j'ai fait l'objet le 17 mai 2008 à 20h30, alors que je jouais de la musique à la Taverne (...).

Il n'a jamais été prévu que je sois rémunéré pour cette soirée.

Vous devez savoir qu'il s'agissait ce jour-là de la deuxième fois que je jouais de la musique à cet endroit ...".

Les déclarations de M. R. sont sans équivoque aucune sur la poursuite d'une activité de musicien après la reconnaissance de son état d'incapacité de travail.

Monsieur R. déclare, également, s'être rendu d'initiative chez le médecin-conseil de l'O.A., le Docteur D., pour "évoquer son hobby".

Cet élément prouve non seulement (et de manière surabondante) qu'il n'a jamais cessé d'exercer cette activité de musicien mais, surtout qu'il était parfaitement informé de l'obligation lui impartie d'obtenir une autorisation préalable à la poursuite de cette activité complémentaire.

À cet égard, il convient de relever que celui qui a avoué est lié par son aveu de manière définitive indépendamment de toute acceptation de l'adversaire et même de toute réaction de ce dernier, cet effet de l'aveu dérivant de son caractère unilatéral.

Bien que cette règle ne soit mentionnée qu'à l'article 1356 du Code civil qui a trait à l'aveu judiciaire, elle est, également, valable pour l'aveu extra-judiciaire.

Si l'aveu qui fait foi contre son auteur peut, toutefois, être révoqué pour cause d'erreur, il ne peut, cependant, être révoqué en raison de la seule rétractation de son auteur (C.T. Mons, 17.05.2000, R.G. 16122, inédit).

D'autre part, M. R. plaide que le Docteur D. lui aurait promis de lui envoyer une attestation l'autorisant à exercer cette activité "bénévolement" et sollicite la production de son dossier médical aux fins d'y déceler la "trace" de cette attestation qu'il n'a jamais reçue.

Comme l'observe, à bon droit, le premier juge, "aucune mention au dossier ne peut remplacer cette autorisation, de sorte qu'il paraît inutile et inefficace d'interroger le médecin-conseil concerné ou de vérifier une mention éventuelle figurant au dossier de M. R."

Au demeurant, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI a effectué une visite de contrôle du 29 juin 2009 au 2 juillet 2009 au siège de l'O.A. de (...) et a, à cette occasion, consulté l'intégralité du dossier de M. R. : il a été dûment constaté que celui-ci n'avait ni sollicité ni obtenu du médecin-conseil cette autorisation d'exercer une activité à temps réduit durant son incapacité.

Il n'est pas davantage apparu de l'examen du dossier que M. R. aurait déclaré cette activité ainsi que les revenus générés par celle-ci.

En réalité, la mauvaise foi dont montre M.R. ressort très clairement de deux éléments :

- a) Sa propre déclaration enregistrée le 17 juin 2008 lors d'un contrôle au cours duquel il a été surpris en train de jouer de la musique à la Taverne (...) "(...) Finalement, en raison du contrôle, je n'ai presté qu'une demi-heure". Lors de ce contrôle, M. R. a donc bien été informé qu'il ne pouvait travailler sans autorisation préalable du médecin-conseil puisqu'il déclara lui-même avoir été contraint de mettre un terme à ses prestations et n'avoir, ainsi, pu jouer qu'une demi-heure. M. R. n'a pas tenu compte de ce rappel à l'ordre puisqu'il a presté ultérieurement en toute illégalité les 6 juillet et 10 août 2008 pour la Mairie de (...). Ainsi, il a exécuté ces prestations consciemment dans l'illégalité.

- b) La Mairie de (...) mentionne dans les contrats d'occupation pour les prestations litigieuses l'ancienne adresse de M. R. alors qu'il est domicilié depuis janvier 2008 à une nouvelle adresse. Il s'agit là d'un élément qui atteste de manière certaine que M. R. était en "relations d'affaires" avec sa société de production et la Mairie de (...) bien avant les prestations litigieuses des 6 juillet et 10 août 2008 : en effet, comment expliquer que la Mairie de (...) disposait de l'ancienne adresse de M. R. si les contacts noués avec cette dernière se sont limités à l'organisation de l'animation musicale des seules journées des 6 juillet et 10 août 2008 à l'exclusion de toute autre prestation soit à une époque où son adresse avait changé depuis plus de 6 mois ?

En conclusion, la cour de céans estime qu'en ayant repris (ou poursuivi) une activité non autorisée par le médecin-conseil, M. R. a mis fin à son incapacité de travail. La date de cette reprise du travail a été fixée au 6 juillet 2008.

Il ressort de l'article 101, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 tel qu'applicable à l'époque litigieuse (soit avant sa modification par la loi du 28.04.2010) que, dès l'instant où il y a reprise d'activité-non autorisée, fût-ce durant une seule journée, le principe veut que cette reprise d'activité entraîne la fin de l'incapacité à partir de cette date et, par conséquent, que l'intégralité des indemnités afférentes à la période subséquente soit remboursée.

Néanmoins, par exception à ce principe, lorsque le travailleur a repris une activité non autorisée mais a conservé une incapacité de 50 %,

- les indemnités perçues sont récupérées uniquement pour les jours durant lesquels l'activité a été exercée
- les journées pour lesquelles la récupération est opérée restent assimilées à ces journées d'incapacité de travail. Cette assimilation a pour conséquence que le travailleur conserve certains droits, malgré l'activité non autorisée :
 - il conserve sa qualité de titulaire pour le remboursement des soins de santé
 - il ne doit pas procéder à une nouvelle déclaration d'incapacité de travail pour garantir ses droits aux indemnités après la période de reprisé du travail. Dès lors, il retrouve automatiquement ses droits aux indemnités.

En l'espèce, l'application des articles 101 et 102 de la loi coordonnée ne peut être envisagée pour deux raisons :

- a) La reprise d'activité doit cependant être immédiatement précédée d'une période d'incapacité de travail avec cessation complète d'activité : l'assuré n'est en droit de solliciter le bénéfice de l'article 101 que s'il est d'abord soumis au régime de l'article 100, § 1^{er}, (C.T. Mons, 19.01.2008, RG 20.924, juridat, F-20080119-8). Or, il est directement établi que M. R. a accompli des prestations de musicien au sein d'un restaurant à (...) (chez l'ami M.) et à la Taverne (...) de telle sorte qu'après la reconnaissance de son état d'incapacité de travail, M. R. n'a pas cessé complètement toute activité.
- b) En s'abstenant de contester la décision du 5 mars 2009 prise par le médecin-inspecteur de l'INAMI selon laquelle sa capacité de gain n'était pas réduite d'au moins 50 % sur le plan médical pendant la période litigieuse, M. R. a implicitement mais certainement renoncé au bénéfice lui offert par l'article 101, alinéa 1, limitant le remboursement des indemnités perçues indûment aux seuls jours ou périodes durant lesquels il a accompli ce travail non autorisé (et ce pour autant que sa capacité de travail soit restée réduite d'au moins 50 % ...). La décision prise par le médecin-inspecteur de l'INAMI est, ainsi, devenue définitive et ses conclusions ne sauraient plus être contestées par M. R.

Il ressort des développements qui précèdent que M. R. ne peut prétendre aux indemnités d'assurance maladie-invalidité qui lui ont été servies durant la période s'étendant du 6 juillet 2008 au 11 février 2009.

La demande de l'O.A. tendant au recouvrement de la somme de 11.587,96 EUR doit, dès lors, être déclarée fondée.

La requête d'appel de M. R. est non fondée.

...

I.2. Quant aux sanctions administratives prises par l'INAMI

Comme devant le premier juge, M. R. ne conteste pas la régularité de la procédure administrative mais les sanctions appliquées sans, toutefois, développer d'argumentation précise.

CONCERNANT L'ABSENCE D'AUTORISATION PRÉALABLE DU MÉDECIN-CONSEIL

L'article 2, 4^o de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 dispose que le titulaire, bénéficiant d'indemnité d'incapacité de travail, qui a repris une activité sans y être autorisé par le médecin-conseil de son organisme assureur conformément à l'article 16 du règlement des indemnités du 16 avril 1997 est exclu à raison d'une indemnité journalière au moins et de 30 au plus du droit aux indemnités.

En vertu de l'article 16 du règlement des indemnités du 16 avril 1997, le titulaire peut être autorisé par le médecin-conseil de son organisme assureur à reprendre une activité compatible avec son état de santé.

La demande d'autorisation devait être introduite par le titulaire et l'autorisation accordée par le médecin-conseil *avant toute reprise d'activité*.

Quoiqu'il en soit, les activités constatées et avouées par M. R. constituent bien un travail non autorisé dès lors qu'il s'agit d'une activité ayant un caractère productif et qui est exercée dans le cadre des relations sociales.

In casu, il est incontestable que M. R. a repris (poursuivi) une activité rémunérée de musicien animateur en date des 6 juillet 2008 et 10 août 2008. Il est incontestable qu'il est en défaut d'avoir demandé et obtenu, préalablement, une autorisation.

C'est donc à juste titre que le fonctionnaire dirigeant a exclu M. R. du droit aux indemnités à raison, de **6 indemnités journalières**.

CONCERNANT L'ABSENCE D'INFORMATION D'UNE REPRISE SPONTANÉE D'ACTIVITÉ

L'article 2, 6^o, de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 dispose qu'est exclu à raison d'une indemnité journalière au moins et de 75 ou plus, le titulaire qui, après une reprise spontanée du travail ou du chômage, n'en a pas informé son organisme assureur et a continué à percevoir des indemnités d'incapacité de travail.

Or, M. R. a bien reconnu avoir effectué en date des 6 juillet et 10 août 2008 une activité professionnelle rémunérée en violation totale avec l'article 100, § 2, de la loi coordonnée de 1994.

Il s'agit bien d'une occupation orientée vers la production de biens ou de services, permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui.

Monsieur R. se devait donc légalement d'informer son organisme assureur de cette reprise d'activité.

À juste titre M. R. a été exclu du droit aux indemnités à concurrence de **15 indemnités journalières** en application de l'article 2, 6° de l'arrêté royal du 10 janvier 1969.

CONCERNANT LE CUMUL DES SANCTIONS

Pour chaque manquement constaté est prévue une sanction spécifique. En application de l'article 9, § 1^{er}; de l'arrêté royal du 10 janvier 1969, les sanctions sont cumulées (C.T. Mons, 03.01.1997, RG 7771, inédit).

Le quantum des sanctions cumulées est en rapport avec la gravité et la durée des manquements constatés.

Le recours de M. R. contre la décision de l'INAMI du 16 septembre 2009 et contre la lettre recommandée du 24 septembre 2009 de l'O.A. annonçant l'exécution de la sanction administrative de l'INAMI est non fondé.

La requête de M. R. est non fondée.

...

V. Tribunal de première instance de Bruxelles, 1^{er} octobre 2012

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 35*bis* - Remboursement de médicaments - Révision - Aucune apparence de droit

Il n'existe pas de dispositions légales qui puissent contraindre le Ministre des Affaires sociales et la Commission de remboursement des médicaments (CTM) à revoir le remboursement d'un groupe de médicaments par le biais du modèle kiwi.

L'article 35bis, § 4, alinéas 4 et 5, de la loi AMI stipule en effet que si une révision par groupes est opérée uniquement, ou principalement, en raison de considérations budgétaires, la Commission de remboursement des médicaments peut décider d'effectuer la révision par le biais du modèle kiwi. La loi ne prévoit à aucun endroit que la Commission de remboursement y soit contrainte.

S.A. R. c./État belge et INAMI
R.G. n° 12/1073/C

...

1. Feiten en vorderingen

1.1. Huidig geschil is ontstaan naar aanleiding van een beslissing die de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft genomen in verband met de herziening van terugbetaling van geneesmiddelen ter bestrijding van anemie (of bloedarmoede).

De terugbetaling van geneesmiddelen kan door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid worden herzien, zowel “individueel” overeenkomstig artikel 35*bis*, § 4, eerste en tweede lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (hierna de ZIV-wet), als “groepsgewijs” overeenkomstig artikel 35*bis*, § 4, derde lid e.v. van de ZIV-wet.

Er zijn twee soorten groepsgewijze herzieningen.

Vooreerst kan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) een “algemene” groepsgewijze herziening voorstellen op eigen initiatief of op vraag van de Minister, en dit ongeacht of de betrokken geneesmiddelen voor een individuele herziening in aanmerking komen.

Daarnaast heeft de wetgever sinds 1 januari 2008 een specifieke groepsgewijze herziening “wegens uitsluitend of hoofdzakelijk budgettaire redenen” ingevoerd (dit is de zogenaamde kiwi-procedure). In vergelijking met de algemene groepsgewijze herziening, is deze regeling beperkt ondermeer omdat ze enkel kan gebeuren voor geneesmiddelen waarvan het voornaamste actief bestanddeel niet (meer) beschermd wordt door een octrooi of een aanvullend beschermingscertificaat.

...

1.3. Bij brief die het RIZIV op 15 maart 2012 aan de NV R. richt, brengt het haar op de hoogte van het voornemen van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid om een groepsgewijze herziening door te voeren voor de farmaceutische specialiteiten waartoe N. en M. behoren.

Bij de brief voegt het RIZIV een verslag dat de CTG opstelde en waaruit de NV R. kan afleiden dat er een algemene groepsgewijze herziening van de vergoedingsmodaliteiten van de groep van geneesmiddelen waartoe N. als M. behoren zou worden doorgevoerd en de herziening dus niet via de kiwi-procedure zou behandeld worden.

Bij aangetekende brief van 8 mei 2012 die de NV R. aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid richt, maakt ze haar bezwaren in verband met de geplande algemene groepsgewijze herziening waaraan haar geneesmiddelen N. en M. onderworpen zouden worden, kenbaar.

Bij brief die de Minister op 22 juni 2012 aan de NV R. richt, deelt ze haar mee dat ze beslist heeft een algemene groepsgewijze herziening door te voeren voor alle geneesmiddelen van de desbetreffende groep van geneesmiddelen, dus ook van N. en van M.

...

1.5. Bij Ministerieel Besluit van 17 augustus 2012 tot wijziging van de lijst als bijlage gevoegd bij het ZIV-KB, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 21 augustus 2012 en in werking getreden op 1 september 2012 wordt een groepsgewijze herziening van de desbetreffende groep van geneesmiddelen, met inbegrip van N. en M. doorgevoerd.

Zowel N. en M. maken vanaf 1 september 2012 deel uit van de vergoedingscategorie Fa die inhoudt dat de tussenkomst van de ziekteverzekering op een bepaald bedrag geplafonneerd wordt, onverminderd de aanrekening van remgeld aan de patiënt.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende wordt vastgelegd op 0 % van de vergoedingsbasis die met ongeveer één derde verlaagd wordt in vergelijking met de regeling die tot 31 augustus 2012 gold vooraleer het ministerieel besluit van 17 augustus 2012 in werking trad.

...

2. In rechte

2.1. De bevoegdheid van de kort gedingrechter

De Belgische Staat en het RIZIV voeren aan dat de kort gedingrechter niet bevoegd is om van de vordering kennis te nemen omdat de vordering niet gericht zou zijn op de bescherming van de subjectieve rechten van de NV R.

Volgens beide strekt die vordering er in werkelijkheid toe de tenuitvoerlegging van een Ministerieel besluit te horen schorsen en een dergelijke vordering kan niet voor de gewone rechter gebracht worden, aldus de BELGISCHE STAAT en het RIZIV.

DE NV R. weerlegt de opgeworpen exceptie terecht door vooreerst te stellen dat de kort gedingrechter bevoegd is om van een vordering in kort geding kennis te nemen, telkens wanneer in de dagvaarding wordt aangegeven dat een vordering bij hoogdringendheid zou moeten worden behandeld omdat de eisende partij een zekere schade lijdt of dreigt te lijden die het horen bevelen van voorlopige maatregelen in kort geding noodzakelijk maakt teneinde ernstige ongemakken of het verergeren van de schade te voorkomen.

Aangezien de NV R. in de dagvaarding heeft aangegeven dat haar vordering een hoogdringend karakter heeft, is de kort gedingrechter bevoegd om van de vordering kennis te nemen.

Bovendien, zo stelt de NV R. terecht, is de vordering, zowel die opgenomen in de dagvaarding als die omschreven in haar syntheseconclusies, er wel op gericht een beweerd schending die zij uit een aantal artikelen van zowel de ZIV-wet als het ZIV-KB meent te putten, te verhinderen.

De opgeworpen exceptie is ongegrond.

2.2. Het RIZIV wordt niet buiten zake gesteld

Het RIZIV verzoekt buiten zake te worden gesteld omdat “de bestreden beslissing uitsluitend uitgaat van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid”.

De NV R. voert terecht aan dat aangezien het RIZIV belast is met het beheer van de geneeskundige verstrekkingen die door verplichte verzekering gedekt zijn en zij actief participeert in procedures van herziening van terugbetalingsmodaliteiten van geneesmiddelen, de maatregelen waarom ze via huidige procedure verzoekt, enkel een nuttig gevolg kunnen hebben, indien ze eveneens te aanzien van het RIZIV bevolen worden.

Er bestaat dus geen aanleiding toe in te gaan op het verzoek van het RIZIV.

2.3. De vordering is ontvankelijk

In het *petitum* van hun conclusies vragen de BELGISCHE STAAT en het RIZIV de vorderingen niet-ontvankelijk te verklaren maar in het motiverend deel leggen ze niet precies uit welk de basis van die niet-ontvankelijkheid zou zijn.

De opgeworpen exceptie is niet gegrond.

Er zijn geen ambtshalve aan te voeren niet-ontvankelijkheidsvoorwaarden.

De vorderingen zijn ontvankelijk.

2.4. Hoogdringendheid

Er is sprake van hoogdringendheid telkens een onmiddellijke beslissing wenselijk is om schade van een bepaalde omvang, dan wel ernstige ongemakken te vormen.

De NV R. wordt gevolgd waar ze stelt dat gezien van uit haar standpunt, haar vorderingen spoedeisend zijn omdat zij met het instellen ervan beoogt het financieel verlies dat zij lijdt wanneer het Ministerieel Besluit van 17 augustus 2012 wordt uitgevoerd, te beperken tot wanneer de bodemrechter uitspraak over het geschil tussen partijen heeft gedaan.

Zij maakt aannemelijk dat de uitvoering van het Ministerieel Besluit haar een schade van een aanzienlijke omvang doet lijden en de maatregelen die ze vraagt op te leggen, enkel efficiënt of adequaat zijn, indien ze in kort geding worden bevolen.

2.5. Geen schijn van recht

2.5.1. - De NV R. voert aan dat de beslissing die de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 22 juni 2012 genomen heeft en die vervat zit in het Ministerieel Besluit van 17 augustus 2012 een schending inhoudt van een aantal bepalingen van de ZIV-wet, meer bepaald van haar artikel 35*bis*, § 4, vijfde lid, van haar artikel 35*bis*, § 4 *juncto* haar artikel 34, eerste lid, 5°, c), van haar artikel 37 en van artikel 78, § 1 van het ZIV-KB.

De aangehaalde artikelen zijn geschonden, zo voert de NV R. aan, omdat de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid ervoor gekozen zou hebben om een algemene groepsgewijze herziening door te voeren, terwijl ze de kiwi-procedure had moeten volgen.

Volgens de NV R. voerde de Minister de herziening door wegens budgettaire redenen en in dat geval zou de ZIV-wet bepalen dat de kiwi-procedure diende gevolgd te worden.

Aangezien de kiwi-procedure een herziening mogelijk maakt alleen voor niet-octrooi beschermde producten, zou het geneesmiddel M. dat de NV R. in België commercialiseert, niet voor de herziening in aanmerking zijn gekomen en zou de financiële schade die de NV R. na de beslissing van groepsgewijze herziening lijdt, veel minder groot zijn.

De beslissing zou eveneens een schending inhouden van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet en van de zorgvuldigheidsplicht en hoorplicht waartoe beide verwerende partijen gehouden zijn, aldus de NV R..

2.5.2. - De BELGISCHE STAAT en het RIZIV werpen terecht op dat er *prima facie* geen wettelijke bepalingen voorhanden zijn die aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de CTG de plicht zou opleggen om de herziening van de terugbetaling van de groep van geneesmiddelen waartoe N. en M. behoren, door te voeren via het kiwi-model.

Artikel 35*bis*, § 4 vierde en vijfde lid van de ZIV-wet bepaalt immers dat ingeval de groepsgewijze herziening enkel of hoofdzakelijk geschiedt wegens budgettaire overwegingen de CTG kan beslissen de herziening door te voeren via het kiwi-model.

Nergens bepaalt de wet dat de CTG hiertoe verplicht zou zijn.

De NV R. wordt dus niet gevolgd waar ze aanvoert dat aangezien de herziening niet gebeurde conform de kiwi-procedure, de beslissing die de Minister nam, *prima facie* een schending inhoudt van artikel 35*bis*, § 4 vierde en vijfde lid van de ZIV-wet.

Aangezien de procedure van algemene groepsgewijze herziening voorzien in artikel 35*bis*, § 4, derde lid geen uitzonderingsregime inhoudt voor octrooi-beschermden producten, kan de Minister op het eerste gezicht niet worden verweten haar beslissing tot herziening ook te hebben genomen ten aanzien van het geneesmiddel M. dat de NV R. in België commercialiseert.

De genoemde bepalingen van de ZIV-wet en het ZIV-KB zijn bijgevolg niet geschonden.

...

De NV R. is er niet geslaagd de gegrondheid van haar vordering aan te tonen.

4^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Statut OMNIO

Nombre de bénéficiaires

Question n° 5-4197 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 Ide¹

Le 1^{er} avril 2007, le système de l'intervention majorée de l'assurance a été réformé en profondeur. Depuis lors, c'est le statut OMNIO qui est en vigueur, en remplacement du statut VIPO, appliqué depuis 2002.

J'aimerais que la Ministre réponde aux questions suivantes. Je souhaiterais qu'elle me communique des chiffres bruts, à savoir des chiffres non standardisés. C'est important pour pouvoir suivre l'évolution dans le temps. Dès lors que l'Institut d'assurance maladie et invalidité (Inami) standardise les données, je ne peux plus les comparer avec les années antérieures. En cas de standardisation, on doit d'ailleurs être attentif aux facteurs susceptibles d'être pris en compte.

1. Quel fut le montant des dépenses liées au statut OMNIO en 2008, 2009, 2010 et durant le premier semestre de 2011 ? La ministre peut-elle ventiler les chiffres par région (Flandre, Wallonie, Bruxelles) ?
2. Combien d'allocataires sociaux ont-ils bénéficié du statut OMNIO en 2008, 2009, 2010 et durant le premier semestre de 2011 ? La ministre peut-elle ventiler les chiffres par région (Flandre, Wallonie, Bruxelles) ?

Réponse

1. INTRODUCTION

Le statut OMNIO a été instauré le 1^{er} avril 2007. Ce statut ne remplace pas le statut existant du régime préférentiel. Le statut OMNIO est complémentaire au statut du régime préférentiel. Via le statut OMNIO, les familles à petits revenus peuvent également bénéficier du régime préférentiel il est vrai, sur la base d'autres critères. Ces familles ne pouvaient pas prétendre au régime préférentiel sur la base des critères existants du statut du régime préférentiel. Une initiative législative est d'ailleurs en cours intégrant ces deux systèmes.

1. Sénat, session ordinaire 2011-2012.

2. NOMBRE D'ASSURÉS

Le nombre d'assurés qui ont bénéficié du statut OMNIO sur base d'une déclaration sous serment signée, dans les années 2008 jusque et y compris 2011, est présenté dans le tableau ci-dessous.

Région	Bénéficiaires OMNIO au 30 juin			
	2008	2009	2010	2011
Bruxelles-Capitale	26 436	46 688	61 386	64 725
Flandre	53 409	77 944	96 577	104 421
Wallonie	53 670	76 757	91 401	89 206
(blank)	294	410	408	571
Total	133 809	201 799	249 772	258 923

3. DÉPENSES

Lors de l'instauration du statut OMNIO, le flux de données classique que les O.A. transmettent à l'INAMI concernant les dépenses n'a pas fondamentalement changé, parce que l'option a été prise de codifier les bénéficiaires du statut OMNIO au sein des O.A. de la même manière qu'un bénéficiaire du régime préférentiel (codage carte SIS). Il n'y a donc pas de données distinctes disponibles concernant les dépenses des bénéficiaires OMNIO.

II. INAMI

Intégration du Fonds des accidents médicaux

Question n° 5-6776 posée le 18 juillet 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 Sénatrice Sleurs¹

La loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé a créé le Fonds des accidents médicaux.

L'article 6 de cette loi précise que le Fonds est un organisme public doté de la personnalité juridique.

Il a néanmoins été décidé d'intégrer le Fonds au sein de l'INAMI (comme service central supplémentaire).

Je souhaiterais une réponse aux questions suivantes.

1. Pourquoi le Fonds ne sera-t-il finalement pas un organisme public doté de la personnalité juridique ?
2. Pourquoi a-t-on opté pour son intégration au sein de l'INAMI et non du SPF Santé publique ?

1. Sénat, session ordinaire 2011-2012.

Réponse

Le Fonds des accidents médicaux a été institué comme organisme d'intérêt public de catégorie B par l'article 6 de la loi du 31 mars 2010. Cette même loi prévoit en son article 11 l'adossement du Fonds à l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), ainsi que le financement du Fonds au départ du budget des frais d'administration de l'INAMI.

L'objectif poursuivi était d'assurer un démarrage plus facile et plus rapide du fonds, et de lui faire profiter d'économies d'échelles grâce au soutien de l'INAMI.

Depuis la publication de la loi au Moniteur belge, une équipe projet composé d'agents de l'INAMI prépare le démarrage effectif du fonds. Malgré les affaires courantes, le Conseil d'administration a pu être mis en place le 23 septembre 2011. Il travaille depuis lors intensément et positivement avec l'équipe projet et l'INAMI.

À l'analyse et avec l'expérience, la différence de statut entre l'INAMI, qui est une institution publique de sécurité sociale, et le Fonds, qui est un organisme d'intérêt public de catégorie B, rend difficile l'application pratique du mécanisme de l'adossement. Ceci a un impact négatif sur les économies d'échelles attendues et sur la souplesse espérée dans la mise en œuvre des différentes structures du Fonds. La personnalité juridique propre du fonds entraîne en outre une série d'obligations en terme de gestion du personnel et de gestion financière (budget, comptes, etc...) qui alourdissent considérablement la mise en place du fonds et sa gestion. Ceci alors qu'elle n'est pas indispensable à la réalisation des missions du fonds.

Sur base de ces constats, l'administrateur général de l'INAMI m'a proposé peu de temps après l'installation du Gouvernement actuel d'intégrer le Fonds au sein de l'INAMI, ce que j'ai accepté eu égard aux problèmes pratiques constatés.

J'ai cependant insisté sur la nécessité de conserver l'indépendance du conseil d'administration du Fonds, qui va devenir un des comités de gestion de l'INAMI, ainsi que sur la nécessité d'assurer une entrée en vigueur rapide du Fonds.

Je suis à cet égard très heureuse que le Fonds puisse commencer à traiter ses premiers dossier dès le mois de septembre prochain.

En ce qui concerne l'intégration du Fonds au sein de l'INAMI, celle-ci sera effective au 1^{er} janvier 2013 sous réserve de la validation de cette mesure par le Parlement, dans le cadre du projet de loi santé que je déposerai à la rentrée.

III. Incapacité de travail

Déclaration

Question n° 125 posée le 16 mai 2012 au secrétaire d'État aux Affaires sociales, aux familles et aux personnes handicapées, chargé des risques professionnels, adjoint à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante Sminate¹

Un assuré du régime général qui se retrouve en incapacité de travail est tenu de déclarer cette incapacité de travail à sa mutualité. Il doit pour cela utiliser le formulaire "certificat d'incapacité de travail" (Voir modèle en annexe 1 du Règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI).

1. Si l'assuré est chômeur complet indemnisé au moment où il entre en incapacité de travail, il est censé indiquer sur ce formulaire la date de début de la période de chômage.

Pourquoi l'intéressé doit-il indiquer la date de début du chômage sur le formulaire "certificat d'incapacité de travail"? En effet, la mutualité recevra toutes les informations relatives au chômage par le biais du formulaire "Feuille de renseignements indemnités" (volet à compléter par l'organisme de paiement des allocations de chômage) qui figure en annexe 3 du Règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi SSI.

2. Cette mention sur le formulaire "certificat d'incapacité de travail" est-elle la seule indication dont dispose la mutualité pour savoir, au moment où débute l'incapacité de travail, si l'assuré qui se retrouve en incapacité de travail est ou non au chômage ?
3. a) Quelle démarche la mutualité entreprend-elle si l'assuré ne répond pas à la question relative à la date de début de la période de chômage ?
b) Existe-t-il à ce sujet des instructions de l'INAMI à l'égard des mutualités ?
4. Pouvez-vous indiquer, pour les années 2008, 2009, 2010 et 2011, le nombre de déclarations d'incapacité de travail qui émanaient de chômeurs indemnisés ?

Réponse

Je peux confirmer qu'un assuré social en incapacité de travail qui souhaite faire valoir ses droits aux indemnités de maladie dans le régime général, doit déclarer son incapacité de travail au médecin-conseil de sa mutualité.

À cet effet, l'intéressé doit envoyer au médecin-conseil (le cachet de la poste faisant foi) une attestation d'incapacité de travail (formulaire "confidentiel") complétée, datée et signée et mentionnant le motif de son incapacité. Il peut également remettre ce document au médecin-conseil contre accusé de réception.

1. Si l'assuré est au chômage au début de son incapacité de travail, il doit indiquer sur l'attestation d'incapacité de travail depuis quelle date il est chômeur.

Cette information doit être communiquée, d'une part, pour permettre de contrôler si la déclaration a été introduite dans les délais. Le délai de déclaration pour un chômeur diffère en effet du délai pour un titulaire lié par un contrat de travail d'employé ou d'ouvrier au début de son incapacité de travail.

En vertu de l'article 2 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997, un chômeur doit déclarer son incapacité de travail au plus tard le deuxième jour civil qui suit le début de l'incapacité de travail.

Pour un ouvrier ou un employé, ce délai de deux jours civils est prolongé respectivement au 14^e et au 28^e jour civil à partir du début de l'incapacité de travail.

D'autre part, le médecin-conseil procédera également plus rapidement au contrôle de l'incapacité de travail d'un titulaire au chômage étant donné que celui-ci est à charge de l'assurance indemnités dès le début de son incapacité de travail, alors que le titulaire lié par un contrat de travail peut en principe encore faire appel au salaire garanti pendant une certaine période.

2. Pour le calcul des indemnités de maladie, outre la mention sur l'attestation d'incapacité de travail, la mutualité va également se baser sur les informations mentionnées sur la "Feuille de renseignements indemnités". Si le titulaire est au chômage au début de son incapacité de travail, la feuille de renseignements sera complétée par l'organisme de paiement des allocations de chômage.

3. Si l'assuré ne mentionne pas la date de début de la période de chômage sur l'attestation d'incapacité de travail et qu'il s'avère par la suite qu'il s'agit d'un titulaire au chômage, la mutualité ne peut en principe pas refuser cette attestation.

Par contre, elle pourra par exemple la refuser si le médecin traitant n'y indique pas la raison de l'incapacité. L'attestation d'incapacité de travail ou le formulaire "confidentiel" est en effet destiné en premier lieu au médecin-conseil afin de lui permettre de reconnaître l'incapacité de travail (ou non après un examen médical) de l'assuré social et d'en déterminer la durée. C'est également pour cette raison qu'il est absolument nécessaire que l'origine de l'incapacité de travail soit mentionnée sur l'attestation.

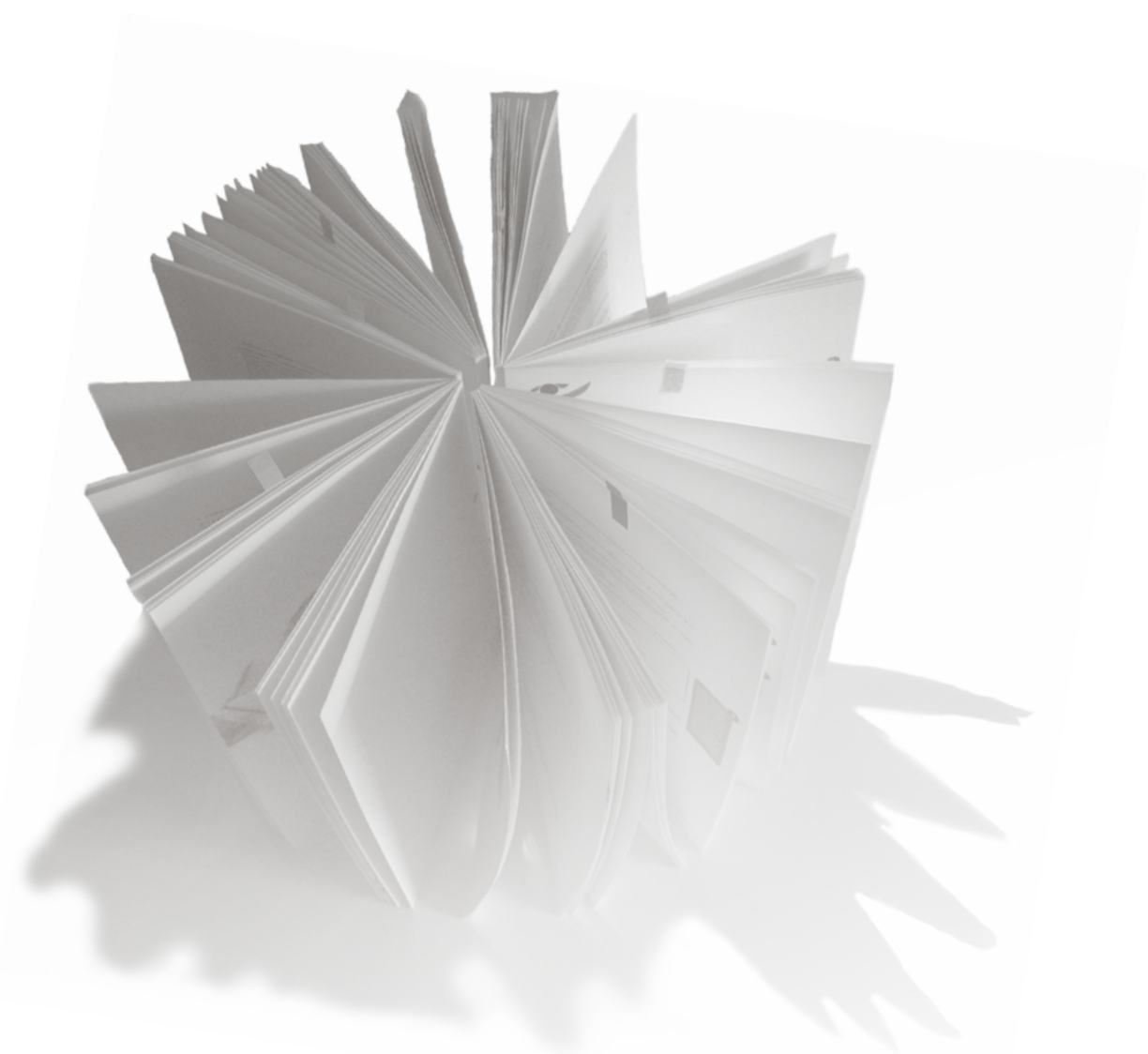
Le fait de ne pas mentionner qu'un assuré social soit chômeur dès le début d'incapacité, n'est pas, en soi, un élément important pour le médecin conseil pour évaluer son incapacité de travail, de telle sorte que, à défaut, ceci ne peut donner lieu à un refus du certificat d'incapacité de travail par le médecin conseil. Il n'existe toutefois pas d'instructions de l'INAMI à ce sujet à l'intention des mutualités.

4. Le nombre de déclarations d'incapacité de travail transmises par des chômeurs indemnisés s'élève à :

- 77 367 en 2008
- 81 847 en 2009
- 81 776 en 2010
- 82 177 en 2011.

5^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Charte de l'assuré social : conséquences de l'arrêt rendu par la Cour Constitutionnelle au sujet de l'article 174, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, dans le secteur des soins de santé et des indemnités - Instructions aux organismes assureurs¹

Par son arrêt rendu sur question préjudicielle, le 24 mai 2012, la Cour Constitutionnelle a dit pour droit que "l'article 174, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été inséré par l'article 47 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il permet aux organismes assureurs de récupérer durant un an les prestations d'invalidité indûment payées à leurs affiliés par suite d'une erreur imputable aux organismes et pour autant que l'assuré social ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'il n'avait pas ou plus droit à la prestation versée."

Afin de mettre les dispositions de la loi coordonnée en conformité avec l'arrêt rendu par la Cour constitutionnelle, un projet de loi visant à abroger l'article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée précitée sera introduit prochainement.

En attendant l'abrogation de cette disposition, l'INAMI est d'avis que même si l'arrêt rendu le 24 mai 2012 par la Cour Constitutionnelle à la suite d'une question préjudicielle n'a pas valeur *erga omnes*, les principes dégagés par cet arrêt doivent néanmoins être appliqués dès à présent *dans tous les dossiers dans lesquels le droit aux prestations ou le montant de celles-ci a été octroyé à la suite d'une erreur de droit ou matérielle de l'institution de sécurité sociale qui donne lieu à l'application de l'article 17, alinéa 2, de la Charte de l'assuré social et ce, afin d'éviter de nouvelles procédures judiciaires au terme desquelles soit l'INAMI, soit l'organisme assureur se verrait condamné.*

Les instructions qui suivent concernent *uniquement les situations visées par l'arrêt de la Cour Constitutionnelle du 24 mai 2012, ce qui implique que les trois conditions suivantes soient remplies :*

- la décision est entachée d'une erreur de droit ou matérielle due à l'institution de sécurité sociale
- le droit à la prestation qui découle de la nouvelle décision qui est prise d'initiative par l'organisme assureur doit être *inférieur* à celui reconnu initialement
- l'assuré doit être de bonne foi, c'est-à-dire qu'il ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'il n'avait pas ou plus droit à l'intégralité d'une prestation.

1. Voir arrêt Cour constitutionnelle n° 66/2012 du 24.05.2012 publié p. 352.

I. Nouvelles constatations d'indus et notifications d'indus à partir de la date d'entrée en vigueur des présentes instructions

Faisant application des principes dégagés par la Cour Constitutionnelle, les organismes assureurs sont invités à ne plus notifier de décisions de récupérations d'indus à partir de la date d'entrée en vigueur des présentes instructions, lorsque les paiements erronés répondent aux trois conditions susvisées. Les organismes assureurs ne notifieront donc plus d'indu lorsque la décision est entachée d'une erreur de droit ou matérielle et que le droit aux prestations qui résulte de la nouvelle décision est inférieur à celui reconnu initialement. Il est requis, en outre, que l'assuré soit de bonne foi. Ainsi, il résulte des travaux préparatoires de la loi du 11 avril 1995 que "l'article 17, alinéa 2, n'est pas d'application si l'erreur résulte du dol ou de la fraude, de manœuvres frauduleuses ou de l'omission par l'assuré social, de faire une déclaration prescrite par une disposition légale ou réglementaire ou qui découle d'un engagement antérieur." (Doc. 907/1-96/97 Chambre des représentants, session ordinaire 1996-1997 - 30.01.1997, exposé des motifs, p. 15).

Dans ce cas, les organismes assureurs prennent d'initiative et le plus rapidement possible, une nouvelle décision, en application de l'article 17, alinéa 1^{er}, ou de l'article 18, 3^o, de la Charte. Cette nouvelle décision ne produira ses effets qu'à partir du premier jour du mois qui suit la notification de celle-ci (droit à la prestation inférieur à celui reconnu initialement). Il ne peut donc plus être fait application dans ces situations, des dispositions de l'article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée (récupération des prestations dans le délai d'un an).

Les organismes assureurs sont invités à mettre en place une procédure de contrôle de leurs décisions en vue de rectifier le plus rapidement possible les décisions erronées. En vertu de l'article 18, 3^o, de la Charte, les organismes assureurs peuvent rapporter leur décision et en prendre une nouvelle dans le délai d'introduction d'un recours devant la juridiction compétente ou, si un recours a été introduit, jusqu'à la clôture des débats, lorsqu'il est constaté que la décision administrative est entachée d'irrégularité ou d'erreur matérielle. Toutefois, dans ce cas, la nouvelle décision ne peut produire ses effets qu'à partir du premier jour du mois qui suit la notification de celle-ci lorsque le droit à la prestation est inférieur à celui reconnu initialement (voir, à ce sujet, l'arrêt de la Cour de cassation du 06.05.2002 (S.01.0119.N) qui a jugé que l'art. 18 de la Charte ne prévoit pas de délai à partir duquel la nouvelle décision administrative prend effet et ne déroge dès lors pas à la disposition de l'art. 17, al. 2).

Lorsque l'organisme assureur constate, en dehors du délai de recours précité et en l'absence d'un recours que la décision est entachée d'erreur, il lui appartient également de prendre une nouvelle décision le plus rapidement possible en application de l'article 17, alinéa 1^{er}, de la Charte qui dispose que l'institution de sécurité sociale prend d'initiative une nouvelle décision qui ne produira toutefois ses effets qu'à partir du 1^{er} jour du mois qui suit celui de sa notification, si le droit à la prestation est inférieur à celui reconnu initialement.

II. Notifications d'indus antérieures à l'entrée en vigueur des présentes instructions

II.1. Cas dans lesquels l'indu peut être récupéré en application de l'article 1410, § 4, du Code judiciaire (retenue d'office de 10 % sur chaque prestation ultérieure dans l'hypothèse où l'assuré n'a pas contesté la décision de récupération de l'indu dans le délai requis)

Dans ce cas, les organismes assureurs effectuent ou continuent à effectuer les retenues de 10 %, sur les prestations à venir jusqu'au moment où l'indu est intégralement remboursé.

II.2 Cas dans lesquels l'intéressé ne perçoit plus de prestations (l'art. 1410, § 4, du Code judiciaire n'est donc pas applicable mais l'organisme assureur dispose d'un titre exécutoire)

Dans ce cas, l'organisme assureur poursuit la récupération de l'indu en vertu du titre exécutoire dont il dispose.

II.3 Cas dans lesquels l'intéressé a introduit un recours contre la décision de récupération et celle-ci a été confirmée par le Tribunal/la Cour (litige clôturé)

Les organismes assureurs exécutent le jugement/l'arrêt définitif qui revêt autorité de la chose jugée et procèdent à la récupération.

II.4 Cas dans lesquels l'indu est contesté par l'intéressé devant le Tribunal/la Cour du travail (litige pendant)

La procédure suit son cours et on laisse à l'intéressé ou au juge, le soin de soulever l'arrêt de la Cour Constitutionnelle et d'invoquer les dispositions de l'article 17, alinéa 2, de la Charte de l'assuré social. L'organisme assureur exécute le jugement/l'arrêt qui sera rendu.

III. Les demandes de renonciation à la récupération de l'indu introduites par les mutualités pour leurs assurés sociaux dans le cadre de l'article 22, § 2, a), de la Charte de l'assuré social

Le Comité de gestion du Service des indemnités ou le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé peuvent se prononcer au sujet de la demande de renonciation à la récupération de l'indu si la dette est certaine (n'est plus susceptible d'être contestée).

La demande de renonciation doit être introduite dans un certain délai suivant l'expiration du délai de recours ou la date à laquelle la décision judiciaire est passée en force de chose jugée.

Lorsque la décision de récupération est devenue définitive, les dossiers peuvent donc faire l'objet d'une demande de renonciation à la récupération de l'indu (auprès du Comité de gestion du Service des indemnités ou auprès du Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé).

III.1 Demandes introduites par l'assuré relatives à des notifications antérieures à l'entrée en vigueur des présentes instructions

Dans ces cas, les décisions de récupérations ont déjà été notifiées aux assurés. Si ces décisions sont devenues définitives (absence de recours dans le délai susvisé ou décision judiciaire passée en force de chose jugée), les organismes assureurs sont invités à les exécuter.

Les demandes de renonciation à la récupération de l'indu sont soumises à l'organe compétent et les décisions de cet organe sont exécutées.

Dans l'hypothèse où l'intéressé introduit un recours contre la décision relative à sa demande de renonciation dans le délai légal, il appartient à l'intéressé ou au juge d'invoquer l'arrêt rendu par la Cour Constitutionnelle (application de l'art. 17, al. 2, de la Charte). L'organisme assureur exécutera le jugement/l'arrêt qui sera rendu.

III.2 Demandes introduites par l'assuré relatives à des notifications effectuées à partir de l'entrée en vigueur des présentes instructions.

Les demandes relatives à des notifications d'indus prenant cours à partir de la date d'entrée en vigueur des présentes instructions, sont sans objet.

Le Service des indemnités et le Service des soins de santé, chacun pour ce qui les concerne, adresseront un courrier aux organismes assureurs signalant que les dossiers ne seront pas soumis au Comité de gestion ou au Fonctionnaire dirigeant suite à l'arrêt rendu par la Cour Constitutionnelle et qu'il leur appartient d'avertir les assurés concernés que leur demande est devenue sans objet (absence d'indu) et de retirer leurs décisions de récupération.

Si les organismes assureurs ont des questions concernant l'application des dispositions de l'article 17, alinéa 2, de la Charte, dans des situations particulières, ils peuvent les adresser à :



Art17_CharteHandvest@inami.fgov.be

Les présentes instructions entrent en vigueur le 1^{er} septembre 2012.



Circulaire O.A. n° 2012/352 - 06/1 du 29 août 2012.

II. Paiement forfaitaire de certaines prestations

Facturation du module de prévention dans le cadre de la gestion du dossier médical global - Prestation dite DMG+ - Année 2012

En sa séance du 14 juin 2012, la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations a fixé les modalités de facturation de l'honoraire sous rubrique pour les maisons médicales.

Son introduction dans la nomenclature des soins de santé avait été officialisée par l'arrêté royal du 9 février 2011 (M.B. du 03.03.2011).

En l'occurrence, il a été convenu que :

- le groupe cible sera constitué des bénéficiaires âgés de 45 à 75 ans au 1^{er} avril 2012 (1). Il sera donc constitué des : contactés-répondants en 2011 (contact à renouveler en 2012) + non-répondants de 2011 (à contacter en 2012) + nouveaux entrants (à contacter en 2012) - sortants
- entre le 30 du mois de septembre et le 5 du mois d'octobre, une facturation de l'honoraire à 70 % - pseudo-code 103272, valeur 7,20 EUR - avec paiement au plus tard le 20 octobre, pourra être réalisée pour ce groupe cible, les autres modalités étant calquées sur celles du DMG "de base"
- les non-répondants 2011 et les nouveaux entrants recevront de la part de leur maison médicale un appel (2) les encourageant à prendre rendez-vous pour une consultation où sera - en particulier - abordée la prévention suivant les thèmes repris dans le modèle de check-list établi par le Comité de l'assurance
- les patients qui ne se sont pas manifestés recevront un rappel (3)
- les maisons médicales organiseront un contact de suivi avec les contactés-répondants 2011 qui sont encore inscrits dans la maison médicale (4)
- les maisons médicales communiqueront au secrétariat de la Commission, au plus tard le 30 juin 2013, les données suivantes :
 - le nombre total d'inscrits au 1^{er} avril 2012
 - le nombre de bénéficiaires du groupe cible (1)
 - le nombre de réactions obtenues suite au premier appel (2)
 - le nombre de rappels envoyés (3)
 - le nombre de réactions obtenues suite à ce deuxième appel
 - le nombre de contacts de suivi (4)
- une évaluation individuelle des rapports rentrés sera faite et une liste des maisons médicales où plus de 70 % de la population cible a réagi suite aux 2 appels sera communiquée aux organismes assureurs
- ces dernières pourront facturer en sus l'honoraire à 30 % - pseudo-code 103294, valeur 3,09 EUR.

En vigueur à partir du 1^{er} avril 2012.



Circulaire O.A. n° 2012/347 - 395/373 du 23 août 2012.

III. Règlement du 14 décembre 2009 modifiant le Règlement du 22 mai 2006 du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie- invalidité portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la "Charte" de l'assuré social. Renonciation à la récupération d'un indu en matière de soins de santé. Procédure et pièces justificatives

Cette circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2010/68 du 11 février 2010.

1. Cas de renonciation à la récupération de l'indu en soins de santé : principe

Dans le cadre du Règlement mentionné ci-dessus, lorsque l'assuré est de bonne foi, il peut être renoncé à la récupération de l'indu dans les cas suivants :

- 1) De manière générale en matière de soins de santé, lorsque l'assuré social se trouve dans un cas digne d'intérêt (art. 2 du règlement).

Pour déterminer un cas digne d'intérêt, il est tenu compte des revenus du ménage au moment de la demande de renonciation à la récupération de l'indu, introduite par l'assuré social (art. 4 du règlement).

Le ménage et les revenus pris en compte sont ceux de l'intervention majorée classique (indiqués aux art. 20 à 24 de l'A.R. du 01.04.2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, §§ 1^{er} et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994, et instaurant le statut OMNIO).

Si les revenus sont inférieurs au montant de l'article 17 de l'arrêté royal du 1^{er} avril 2007, il est toujours renoncé à la récupération de l'indu. S'ils sont inférieurs à 150 % de ce même montant, la renonciation est toujours accordée pour la partie de l'indu qui dépasse la moitié du montant des revenus du ménage qui est supérieur au montant visé ci-avant.

2) Dans le cadre du maximum à facturer, de l'intervention majorée classique ou du statut OMNIO, outre la procédure générale décrite ci-dessus, il est possible de renoncer à la récupération de l'indu lorsque, suite à une révision à la hausse du montant imposable des revenus du ménage due à une taxation rétroactive par l'Administration générale de la fiscalité, il n'est plus répondu à la condition de revenu (art. 6 du règlement).

Les procédures de renonciation décrites sous les 1) et 2) ne sont toutefois pas applicables aux indus dont le montant est inférieur ou égal à 125 EUR¹.

2. Renonciations visées à l'article 4 du règlement

2.1. Principe

L'assuré doit introduire sa demande de renonciation auprès de son organisme assureur au moyen du formulaire "demande de renonciation". Le modèle de ce formulaire est joint en annexe 1.²

Si l'assuré a envoyé lui-même sa demande directement au Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ou à un autre service de l'INAMI, ce service transmettra sans délai cette demande à l'organisme assureur concerné et en avisera l'assuré.

Lorsque le dossier est incomplet ou n'est pas correctement rempli, le Service du contrôle administratif en informe l'organisme assureur. Celui-ci dispose ensuite de 4 mois pour compléter le dossier. En l'absence de réaction endéans les quatre mois, le dossier est transmis au Service des soins de santé.

L'organisme assureur qui reçoit une demande envoie ou remet à l'assuré social un accusé de réception. Une copie de cet accusé de réception est conservée dans le dossier.

La date d'introduction de la demande prise en compte est la date à laquelle la demande est parvenue à l'organisme assureur.

2.2. Composition du dossier administratif

L'organisme assureur établit un dossier administratif relatif à la demande de renonciation à la récupération.

Le dossier administratif doit comporter :

1. Demande de renonciation (annexe 1)

Une copie de la demande doit être conservée dans le dossier de la mutualité.

2. Une note de synthèse (annexe 2)

Cette note de synthèse doit toujours être complétée par l'organisme assureur.

1. Sur base de l'art. 326, § 4, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, les O.A. sont dispensés de récupérer les prestations inférieures à 25 EUR payées indûment à un assuré social. Ces montants ne doivent donc pas être récupérés. Les sommes inférieures ou égales à 125 EUR ne peuvent pas faire l'objet d'une procédure de renonciation (art. 1 du règlement) ; ces sommes doivent donc effectivement être récupérées. Pour les sommes entre 25 EUR et 125 EUR, il n'y a ni procédure de renonciation ni dispense de récupération ; ces montants doivent donc être récupérés.

2. Les annexes ne sont pas publiées ici.

3. Pièces à joindre

Toutes les pièces justificatives relatives aux revenus du ménage qui ont été transmises à l'organisme assureur (donc également le dernier avertissement - extrait de rôle de l'impôt des personnes physiques).

Une copie de la reconnaissance de dettes (dans laquelle une dette déterminée est explicitement reconnue et dans laquelle les prestations indues sont décrites le plus précisément possible; la reconnaissance de dette est signée et datée) ou, à défaut, la décision de récupération contre laquelle aucun recours n'a été introduit, ou une copie du jugement ou de l'arrêt (le montant dû doit être définitif) (voir art. 8 du règlement).

Une copie de l'accusé de réception qui a été envoyée à l'assuré.

Avant de transmettre la demande au Service du contrôle administratif, l'organisme assureur doit vérifier l'exactitude et l'exhaustivité des pièces justificatives.

Les pièces justificatives que l'intéressé a jointes à sa demande et qui ne sont pas spécifiquement mentionnées ci-avant, ne seront en principe pas transmises au Service du contrôle administratif, à moins qu'elles ne soient pertinentes.

2.3. Introduction du dossier auprès du Service du contrôle administratif

Le dossier administratif, composé par l'organisme assureur, doit être adressé à la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données du Service du contrôle administratif, Avenue de Tervuren, 211, 1150 Bruxelles.

L'organisme assureur s'en charge aussi vite que possible après l'introduction de la demande de renonciation par le bénéficiaire, et au plus tard deux mois après cette introduction.

Le Service du contrôle administratif avise l'intéressé par simple lettre de la réception de son dossier, et au plus tard dans les 14 jours qui suivent cette réception.

Une copie de cette lettre est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

2.4 Traitement du dossier et décision

Le Service du contrôle administratif rédige une note dans laquelle il formule ses remarques ainsi que les motifs du refus de la renonciation ou de l'octroi d'une renonciation (partielle) (parmi lesquelles la bonne ou mauvaise foi du bénéficiaire).

Les dossiers (annexe 1 et annexe 2, accompagnées de la note du Service du contrôle administratif) et les pièces jointes sont transmis au Service des soins de santé. Ce service soumet les demandes au Groupe de travail assurabilité.

Le Groupe de travail assurabilité formule un avis. Les dossiers ainsi que l'avis du Groupe de travail assurabilité sont soumis au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

S'il ne peut être accédé ou s'il ne peut être complètement accédé à la demande de renonciation à la récupération :

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, sur base de l'avis émis par le Groupe de travail assurabilité, décide de rejeter la demande ou de n'y accéder que partiellement, cette décision est communiquée par lettre recommandée à l'intéressé, en y mentionnant les motifs. Les mentions décrites à l'article 14 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social seront reprises dans la décision. Une copie de la décision est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

S'il peut être accédé à la demande de renonciation à la récupération :

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, sur base de l'avis émis par le Groupe de travail assurabilité, décide d'accéder à la demande, cette décision est communiquée à l'intéressé par simple courrier, en y mentionnant les motifs. Les mentions décrites à l'article 14, 5^o et 6^o, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social seront reprises dans la décision.

Une copie de la décision est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

3. Renonciation visée à l'article 6 du Règlement (annexe 3)

3.1 Principe

Par dérogation à l'article 4, il est toujours possible de renoncer à la récupération lorsque les prestations ont été payées dans le cadre de l'intervention majorée classique et/ou du statut OMNIO et/ou du maximum à facturer, à condition toutefois que le montant payé indûment résulte du fait que l'Administration générale de la fiscalité a rétroactivement modifié les revenus du ménage pour l'année en question (c.-à-d. l'année de référence) au point que les revenus du ménage dépassent le plafond autorisé.

La bonne foi du bénéficiaire doit être établie (art. 2 du Règlement).

Les articles 1, alinéa 1^{er}, 4, 5 et 8, du Règlement ne sont pas d'application dans cette procédure.

La demande doit être introduite par l'organisme assureur. L'organisme assureur avertit l'assuré de l'introduction de la demande.

3.2. Composition du dossier administratif

L'organisme assureur constitue un dossier administratif relatif à la demande de renonciation à la récupération.

Ce dossier doit contenir :

La demande de renonciation (annexe 3)

3.3. Introduction du dossier auprès du Service du contrôle administratif

Le dossier, qui contient la demande complétée par l'organisme assureur, doit être introduit auprès du Service du contrôle administratif.

Le dossier doit être adressé à la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données du Service du contrôle administratif, Avenue de Tervuren, 211, 1150 Bruxelles.

La date à laquelle la demande est arrivée au Service du contrôle administratif correspond à la date d'introduction de la demande.

La demande doit être introduite dans un délai de trois mois après que l'organisme assureur a été informé de la taxation rétroactive.

Le Service du contrôle administratif envoie un accusé de réception à l'organisme assureur concerné, au plus tard 14 jours après la réception du dossier.

Lorsque le dossier est incomplet ou n'est pas correctement rempli, le Service du contrôle administratif en informe l'organisme assureur. Celui-ci dispose ensuite de 4 mois pour compléter le dossier. En l'absence de réaction au cours de ces 4 mois, le dossier est transmis au Service des soins de santé.

3.4. Traitement du dossier et décision

Le Service du Contrôle administratif rédige une note dans laquelle il formule ses remarques et les motifs de refus de la renonciation ou d'octroi d'une renonciation (parmi lesquelles la bonne ou mauvaise foi de l'intéressé).

Les dossiers sont envoyés au Service des soins de santé. Ce service soumet la demande au Groupe de travail assurabilité.

Le Groupe de travail assurabilité formule un avis. Les demandes ainsi que l'avis du Groupe de travail assurabilité sont soumis au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

S'il ne peut être accédé à la demande de renonciation à la récupération :

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, sur base de l'avis émis par le Groupe de travail assurabilité, décide de rejeter la demande, cette décision est communiquée par lettre recommandée à l'intéressé, en y mentionnant les motifs. Les mentions décrites à l'article 14 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social seront reprises dans la décision.

Une copie de la décision est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

S'il peut être accédé à la demande de renonciation à la récupération :

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, sur base de l'avis émis par le Groupe de travail assurabilité, décide d'accorder la demande, cette décision est communiquée à l'intéressé par simple courrier, en y mentionnant les motifs. Les mentions décrites à l'article 14, 5^o et 6^o, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social seront reprises dans la décision.

Une copie de la décision est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

4. Suspension de la récupération

Conformément à l'article 326, § 3, b), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, le délai dans lequel l'indu doit être récupéré par l'organisme assureur est suspendu à partir de la date à laquelle la demande de renonciation a été introduite jusqu'à la date de la décision du Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

5. Entrée en vigueur

Les dossiers MAF et IM qui ne sont pas encore prescrits peuvent être introduits sur base de la procédure "article 4". Pour ces dossiers, le délai de trois mois prévu à l'article 1^{er} du règlement commence à courir à la date de publication de la présente circulaire.

En vigueur à partir du 2 octobre 2012.



Circulaire O.A. n° 2012/428 - 3999/3 du 30 octobre 2012.

IV. Réadaptation professionnelle dans le cadre de l'assurance indemnités : questions pratiques

Depuis le 1^{er} juillet 2009, la compétence en matière de réadaptation professionnelle a été transférée du Collège des médecins-directeurs (Service des soins de santé) au Conseil médical de l'Invalidité (Service des Indemnités), conformément au Chapitre III, Section 4, de la loi du 13 juillet 2006, parue au Moniteur Belge du 1^{er} septembre 2006. La loi coordonnée du 14 juillet 1994 a été adaptée en ce sens.

Vous trouverez ci-après une série de questions/réponses relatives à l'application pratique de la réglementation en matière de réadaptation professionnelle.

Vous retrouverez tous les détails de la réglementation dans l'arrêté royal du 30 mars 2009, paru au Moniteur belge du 2 juin 2009, ainsi que dans la circulaire O.A. n° 2010/1 du 7 janvier 2010 "Réadaptation professionnelle dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés".

Questions pratiques

1. Quels sont les centres qui effectuent des examens d'orientation professionnelle ? Quels sont ceux disposant d'un médecin ?

Une liste des opérateurs effectuant des examens d'orientation professionnelle a été dressée sur base des demandes introduites jusqu'à ce jour. Elle sera communiquée aux membres de la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité et sera mise régulièrement à jour.

Les conventions en cours ou futures (VDAB, Forem, ACTIRIS, ADG) prévoient des trajets intégrés, comprenant l'orientation professionnelle.

Enfin, pour rappel, à l'heure actuelle la réglementation ne considère pas la présence d'un médecin dans l'équipe effectuant l'examen d'orientation comme une condition de remboursement de cet examen.

2. Le médecin-conseil peut-il introduire auprès de l'INAMI une demande de réadaptation professionnelle avec effet rétroactif, même si l'assuré a déjà terminé un module et en a entamé un deuxième ?

Une demande de réadaptation professionnelle peut être introduite à tout moment du parcours. Une demande de réadaptation professionnelle ne peut plus être introduite lorsque le programme de réadaptation professionnelle a pris fin (arrêt ou programme terminé avec succès).

Le médecin-conseil doit avertir l'assuré que seuls les parcours de réadaptation professionnelle pour lesquels la Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité (CSCMI) a donné son accord, font l'objet d'une prise en charge des coûts. L'assuré qui engage des dépenses en entamant un parcours de réadaptation professionnelle sans autorisation, encourt le risque de ne pas bénéficier de prise en charge de ces dépenses en cas de décision négative de la CSCMI.

En outre, les assurés en incapacité de travail ne sont censés maintenir le degré d'incapacité de travail requis pendant la période au cours de laquelle ils suivent un programme de réadaptation professionnelle que pour autant que ce programme ait été approuvé par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité (CSCMI) (art. 239, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996 et art. 22, 1^o, de l'A.R. du 20.07.1971).

Dès lors, si ce programme est entamé et n'est pas approuvé par la suite par la CSCMI, l'intéressé doit alors faire appel à la procédure de régularisation des reprises d'activités non autorisées (art. 101 de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 23^{ter} de l'A.R. du 20.07.1971) dans les cas où le programme en question comprend un volet pratique pouvant être considéré comme une activité professionnelle (stage ou formation en entreprise).

Les programmes de réadaptation comprenant uniquement une formation théorique ne doivent pas faire l'objet d'une telle régularisation.

Il est donc toujours préférable de solliciter l'accord préalable de la CSCMI sur le programme de réadaptation professionnelle.

3. En cas d'échec, un assuré peut-il recommencer son année ou choisir une nouvelle formation ? Sous quelles conditions ? Quelles rubriques du document de demande doivent-elles être remplies à cet effet ?

Il n'existe pas de règle générale concernant les assurés qui ne réussissent pas un parcours de réadaptation professionnelle. La Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité (CSCMI) décide au cas par cas. Les deuxièmes sessions et les redoublements peuvent faire l'objet d'une demande à la CSCMI, sous la forme d'une prolongation, avec les résultats de la période précédente.

Un autre parcours de formation suite à l'échec du premier peut faire l'objet d'une demande à la CSCMI, sous la forme d'une modification de la demande, AVEC l'avis de la direction médicale et du médecin-conseil.

Les demandes doivent toujours être bien documentées et motivées, de manière à ce que les membres de la CSCMI puissent avoir une vue claire des étapes déjà entreprises, leurs résultats ainsi que de la plus-value de la modification proposée en termes de retour sur le marché du travail.

4. Qu'en est-il des commissions perçues lors des stages effectués dans le cadre d'un parcours de réadaptation professionnelle ?

Si un stage, qui est considéré comme étant une activité professionnelle, est exercé dans le cadre d'un programme de réadaptation professionnelle approuvé par la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité (CSCMI), cette activité est assimilée à un travail autorisé par le médecin-conseil. Les commissions, indemnités, rémunération et autres ou avantages perçus lors de stages effectués dans le cadre d'un parcours de réadaptation professionnelle approuvé par la CSCMI sont à considérer comme un revenu professionnel et sont soumis aux dispositions de l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 s'il s'agit d'un travailleur salarié, ou de l'article 28, alinéa 2, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, s'il s'agit d'un travailleur indépendant. La reconnaissance de l'incapacité de travail n'est, elle, pas influencée.

Toutefois, les avantages octroyés par les organismes ayant pour mission le reclassement social et professionnel des handicapés (ou par les entreprises ou institutions publiques contractantes) ne sont pas pris en considération pour opérer la réduction de l'indemnité d'incapacité de travail (ex: les indemnités de formation allouées par l'AWIPH en vertu de l'art. 18 de l'arrêté du Gouvernement wallon du 29.11.2007 visant à promouvoir l'égalité des chances des personnes handicapées sur le marché de l'emploi ou la prime de productivité octroyée par le VDAB en vertu de l'art. 3, §§ 5-7, de l'Arrêté du Gouvernement Flamand du 15.02.2008); en effet, pour déterminer le montant de ces avantages, il est déjà tenu compte des indemnités d'incapacité de travail.

5. Quel est le statut fiscal de la prime de 5 EUR et de l'allocation forfaitaire de 500 EUR ?

Réponse du SPF Finances

La prime de 5 EUR et l'allocation forfaitaire de 500 EUR telles que prévues à l'article 215^{sexies} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 doivent être considérées comme des indemnités imposables obtenues jusqu'au recouvrement complet ou partiel d'une perte temporaire de rémunération au sens de l'article 31, 2^e alinéa, 4^e, du Code des impôts sur les revenus 1992 (CIR 92).

En ce qui concerne le calcul de l'impôt sur les personnes physiques, de telles indemnités sont taxables suivant un tarif d'imposition progressif, mais la réduction d'impôt pour pensions et revenus de remplacement est d'application, comme c'est indiqué aux articles 146 et suivants du CIR 92 et conformément aux modalités d'application déterminée dans ces articles.

En résumé :

La prime de 5 EUR et l'allocation forfaitaire de 500 EUR sont considérées comme des revenus imposables.

6. Est-ce qu'un travailleur frontalier ou un assuré étranger a droit à la réadaptation professionnelle ? Si oui, cette réadaptation peut-elle être suivie en France, Pays-Bas, Allemagne, etc. ?

Tout assuré percevant des revenus soumis à des cotisations sociales en Belgique et répondant aux conditions de l'article 100 de la *loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour les travailleurs salariés, et des articles 19 et 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instaurant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants pour les travailleurs indépendants*, a droit à une prise en charge d'un parcours de réadaptation professionnelle, après accord de la Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité (CSCMI).

La formation peut être suivie dans un autre pays s'il s'avère qu'une formation comparable, adaptée aux besoins de l'assuré et présentant les mêmes critères d'accessibilité (géographique, logistique, etc.), n'est pas organisée en Belgique. La décision finale concernant les frais liés à un parcours de réadaptation professionnelle relève dans tous les cas de la compétence de la CSCMI.

7. Quels sont les délais de recours contre une décision relative à une demande de réadaptation professionnelle ?

Le délai endéans lequel un recours peut être introduit contre une décision relative à une demande de réadaptation professionnelle est de 3 mois à compter de la date à laquelle cette décision a été notifiée au titulaire (art. 23 de la Charte de l'assuré social).

8. Quelles sont les pièces justificatives nécessaires pour le paiement de la prime de 5 EUR ?

À l'heure actuelle, l'attestation d'inscription et/ou de fréquentation délivrée par l'établissement dans lequel la formation est suivie, accompagnée d'une déclaration sur l'honneur de l'assuré social, suffisent.

9. Est-il tenu compte de la prime de 5 EUR pour déterminer le montant de l'allocation d'intégration ou l'allocation de remplacement de revenus versée par le SPF Sécurité sociale ?

Réponse SPF Sécurité sociale

Lors du calcul du droit à une allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration, il est effectivement tenu compte des revenus imposables de la personne avec un handicap et de la personne avec laquelle elle forme un ménage.

L'article 8, § 2, de l'*arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration*, stipule cependant qu'il n'est pas tenu compte des allocations et compléments de rémunération perçus par la personne handicapée qui suit une formation, réadaptation ou rééducation professionnelle à charge des pouvoirs publics, d'un service public ou d'un organisme de sécurité sociale. Dans la situation exposée, seul le montant imposable de l'indemnité sera pris en compte.

10. Quel est le statut d'une demande de Contrat d'adaptation professionnelle (CAP) ou de Gespecialiseerde Individuele Beroepsopleiding (GIBO) introduite après la fin d'un parcours de réadaptation professionnelle ? La demande de CAP ou de GIBO doit-elle être considérée comme de la formation ou comme une activité rentrant dans le cadre de la période d'intégration (période de 6 mois qui suit la fin de la formation) ? Si l'on considère la 2^e hypothèse, est-il nécessaire de couvrir la période par un article 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou par un article 23 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 ?

- Le contrat d'adaptation professionnelle (CAP) est conclu entre l'Agence, l'intéressé et une entreprise formatrice, après accord de l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes avec un handicap (AWIPH). Il peut se réaliser dans tous les secteurs d'activité.

Il s'agit d'une formation par la pratique, réalisée sous la responsabilité d'une entreprise formatrice. Un programme individuel de formation est établi, en collaboration étroite entre le stagiaire, l'entreprise formatrice et l'AWIPH.

L'expérience acquise à l'issue du contrat d'adaptation professionnelle est de nature à rendre possible l'engagement du stagiaire sous contrat de travail, au sein de l'entreprise formatrice ou ailleurs.

- Le Gespecialiseerde individuele beroepsopleiding - contrat (GIBO) est un contrat de formation réalisé en entreprise, en ASBL ou dans l'administration publique. L'assuré est formé et accompagné sur le lieu de travail. A la fin de la formation, un contrat de durée indéterminée lui est offert. Sans préjudice de l'application légales sur la cessation des contrats de travail pour motif grave, l'employeur peut mettre fin au contrat de travail, au plus tôt après une période au moins égale à celle de la formation.

Un CAP ou un GIBO (tous deux en principe suivis d'un emploi à part entière) ne peut plus en l'occurrence être considéré comme une "formation" - l'assuré a terminé avec succès un programme de réadaptation professionnelle. Le CAP et le GIBO sont un moyen permettant de développer et d'affûter les nouvelles capacités professionnelles acquises. Ils constituent en quelque sorte une étape supplémentaire vers la reprise du travail.

Puisqu'il s'agit d'une forme d'emploi, l'intéressé doit par conséquent demander l'autorisation au médecin-conseil de la mutualité (en application de l'art. 100, § 2, de la loi SSI et de l'art. 23 de l'A.R. du 20.07.1971).

L'indemnité de formation / la prime de productivité que perçoit l'intéressé le cas échéant en exécution du CAP / GIBO n'entrera pas en ligne de compte pour le calcul des indemnités en application de l'article 230, §1^{er}, alinéa 8, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 et de l'article 28, alinéa 2, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

11. Programme de réadaptation professionnelle et présomption d'incapacité de travail

La présomption d'incapacité de travail est uniquement valable pendant la durée du programme de réadaptation professionnelle approuvé par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité et donc pas pendant la phase d'intégration de maximum six mois qui suit la fin du programme de réadaptation précité (cf. art. 215^{septies} et 239, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996 et art. 22, 1^o, de l'A.R. du 20.07.1971).

12. Réadaptation professionnelle et frais d'accueil extra scolaire

La réglementation prévoit-elle la prise en charge des frais d'accueil extra scolaire pour les enfants d'un assuré pendant une période de formation ?

L'article 215^{quater} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 définit les *interventions en matière de réadaptation professionnelle*, visées à l'article 109^{bis}, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Sont ainsi considérées comme interventions en matière de réadaptation professionnelle, toutes les interventions ou services - formation ou apprentissage - constituant un programme visant à restaurer ou à valoriser, en tout ou en partie, la capacité de travail résiduaire du titulaire en vue de son intégration complète dans un environnement professionnel.

A) FRAIS DE DÉPLACEMENT ET EXAMENS PRÉALABLES

Sur base de cette définition, la circulaire O.A. n° 2010/1 du 7 janvier 2010 est venue préciser ce que l'assurance indemnités prend en charge :

I) Frais de déplacement

Les frais de déplacement qui découlent de la réadaptation professionnelle sont remboursés suivant les critères fixés par la Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité (CSCMI).
Le remboursement est calculé sur la base du tarif le meilleur marché des transports en commun.

Nous avons concrètement trois cas de figure :

- Le titulaire utilise les transports en commun (règle de base) :
Une intervention mensuelle calculée sur la base du tarif le meilleur marché pour un abonnement mensuel des transports publics (pour une formation à temps plein) ou sur la base du tarif le meilleur marché par trajet (aller-retour) en transports publics (pour une formation à temps partiel).
Dans ce dernier cas, le coût total mensuel ne peut jamais dépasser le prix d'un abonnement mensuel.

Le titulaire utilise un moyen de transport privé :

S'il ne peut utiliser les transports en commun pour une raison autre que médicale et s'il utilise un moyen de transport privé (une voiture par ex.), le bénéficiaire peut se voir rembourser l'équivalent du déplacement en transports publics à raison de 0,15 EUR le kilomètre, après communication de cette raison à la CSCMI.

- Le titulaire utilise son propre véhicule automobile pour des raisons médicales :
S'il ne peut se déplacer qu'en voiture pour des raisons médicales, le bénéficiaire peut se voir accorder, après l'accord explicite de la CSCMI, une indemnité kilométrique de 0,25 EUR le kilomètre pour l'utilisation d'un véhicule automobile.

II) Examens préalables

Sont également considérés comme interventions dans le cadre de la réadaptation professionnelle : les examens réalisés au préalable tels que les examens d'orientation de la carrière professionnelle en vue de déterminer dans quelle mesure un programme de réadaptation professionnelle est possible, peut-être utile et a des chances de réussir.

B) FRAIS LIÉS À L'ACCUEIL EXTRA SCOLAIRE

Sur base de la définition contenue à l'article 215^{quater} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 les frais liés à l'accueil extra scolaire ne peuvent être pris en charge par l'assurance indemnités, étant donné que ces frais ne sont pas directement liés à la formation.

13. Réadaptation professionnelle et reprise du travail à temps partiel :

La Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité (CSCMI) peut-elle accepter la prise en charge d'une réadaptation professionnelle qui débouchera sur une reprise de travail à temps partiel ?

Une reprise de travail à temps partiel peut être considérée comme une reprise normale du travail (réintégration complète dans un environnement professionnel) pour des assurés qui, avant leur incapacité de travail, travaillaient déjà à temps partiel ou qui, pour des motifs de santé, ne peuvent envisager une reprise à temps plein.

La CSCMI peut donc accepter, dans ce cas, la prise en charge d'une réadaptation qui ne déboucherait que sur une occupation professionnelle à temps partiel.

14. Incapacité de travail et formation pour demandeurs d'emploi :

Un assuré en incapacité de travail souhaite entamer une formation destinée aux demandeurs d'emploi. Cette personne peut-elle s'inscrire comme demandeuse d'emploi 'libre' et conserver son statut d'assuré en incapacité de travail ou ces deux statuts (demandeur d'emploi "libre" et assuré en incapacité de travail) sont-ils incompatibles ?

Cette formation doit-elle faire l'objet d'une demande auprès de la Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité (CSCMI) ?

Les organismes assureurs mettent fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail et à l'indemnisation corrélative de leurs affiliés lorsqu'il reçoivent une attestation de reprise (normale) de travail de leur employeur ou une attestation de reprise de chômage contrôlé de leur organisme de paiement des allocations de chômage.

L'assuré en incapacité de travail qui souhaite entamer une formation destinée aux demandeurs d'emploi peut effectivement s'inscrire comme demandeuse d'emploi libre afin de pouvoir bénéficier des formations organisées par les organismes chargés de la formation professionnelle (FOREM, VDAB, ADG, Bruxelles Formation, etc.). Cet assuré en incapacité de travail ne sera pas considéré comme chômeur complet contrôlé et aucune attestation de reprise de chômage contrôlé ne sera délivrée par l'organisme de paiement des allocations de chômage.

Nous recommandons aux personnes reconnues incapable de travailler, qui souhaitent suivre une formation dont le programme comprend un volet pratique pouvant être considéré comme une activité professionnelle (stage ou formation en entreprise), de demander l'autorisation au médecin-conseil de leur mutualité d'affiliation et de ne pas entamer ladite formation avant d'être en possession de l'autorisation écrite dudit médecin-conseil ou d'introduire, via le médecin-conseil de leur mutualité d'affiliation, une demande à la CSCMI dans le cadre d'un programme de réadaptation professionnelle. Les programmes comprenant uniquement une formation théorique ne doivent pas faire l'objet d'une telle demande.

Dans le premier cas (formation comprenant un volet pratique, suivie avec autorisation du médecin-conseil), le titulaire continue à être reconnu dans le cadre de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 pour les salariés ou dans le cadre de l'article 23 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, pour autant qu'il en remplisse les conditions.

Dans le second cas (formation suivie dans le cadre d'un processus de réadaptation professionnelle approuvé par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité), le titulaire peut se prévaloir de la présomption d'incapacité de travail visée à l'article 239, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 et l'article 22, 1^o, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

15. Introduction d'une demande de réadaptation professionnelle avec avis défavorable du médecin-conseil

Lorsqu'un affilié en incapacité de travail (incapacité primaire ou invalidité) demande explicitement à son médecin-conseil d'introduire une demande de réadaptation socioprofessionnelle, ce dernier est-il tenu d'introduire la demande à la Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité (CSCMI) et ce, même si le médecin-conseil estime que l'affilié ne remplit pas les conditions (prognostic santé et diplômes) pour bénéficier d'une réadaptation socioprofessionnelle prise en charge par l'INAMI ?

Lorsqu'un titulaire reconnu en incapacité de travail demande au médecin-conseil d'introduire une demande de réadaptation professionnelle, le médecin-conseil ne peut pas refuser cela, même lorsqu'il est personnellement d'avis que le titulaire ne satisfait pas aux conditions requises pour entrer en ligne de compte pour une réadaptation professionnelle.

Légalement, la CSCMI est seule compétente pour autoriser ou non un parcours de réadaptation professionnelle. Le médecin-conseil est donc obligé d'introduire la demande de réadaptation professionnelle auprès de la CSCMI, qui prendra la décision finale.

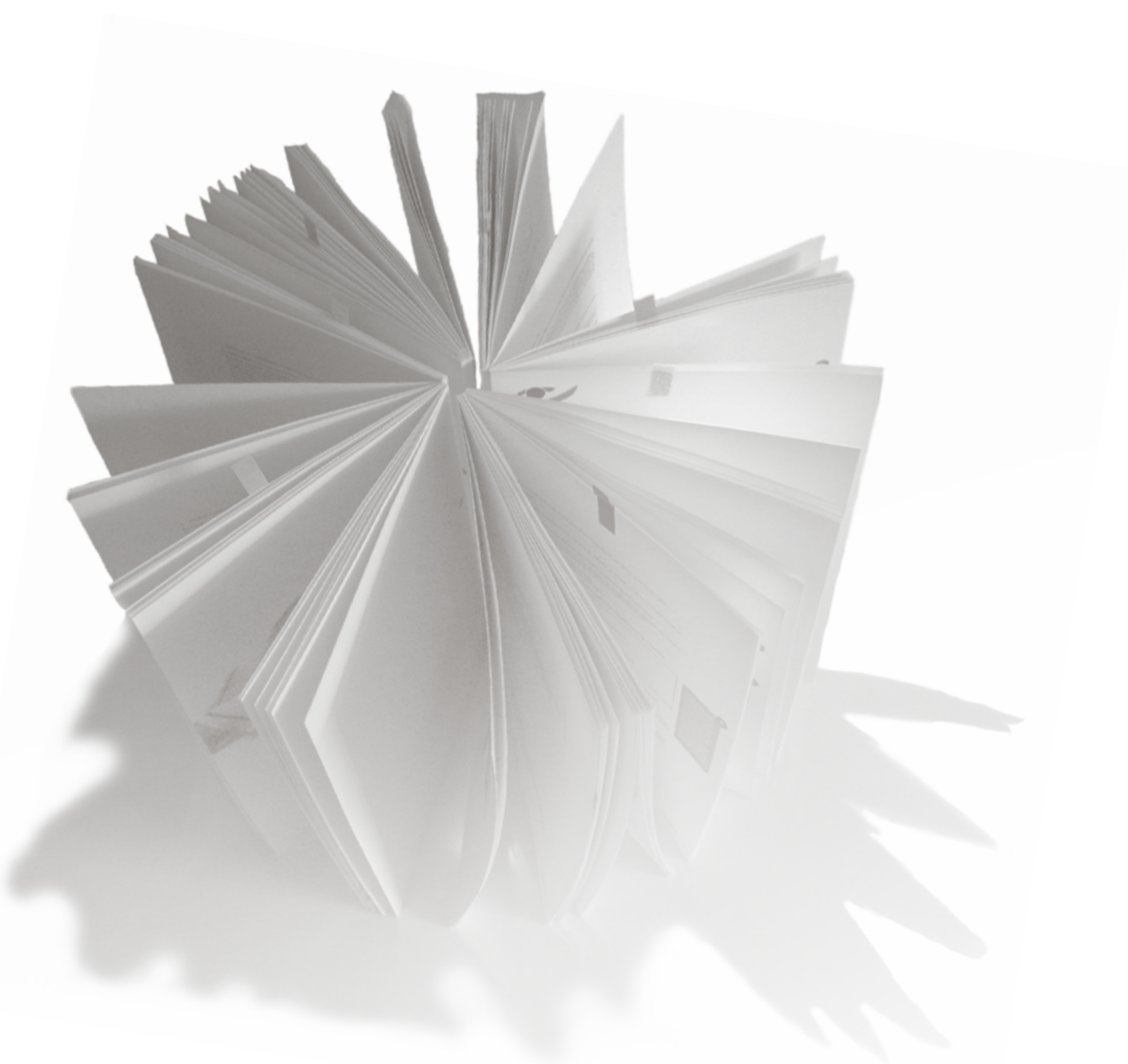
En vigueur à partir du 1^{er} novembre 2012.



Circulaire O.A. n° 2012/423 - 407/3 du 29 octobre 2012.

6^e Partie

Statistiques



Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1^{er} semestre 2012

Tableau I : 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

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Objectif
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
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

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2010 - suite (en milliers d'EUR)

Libellé	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Objectif
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
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 II : 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	10.617	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	46	6.181	6.471	6.547	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	9.075	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	4.924	33.832	52.243	64.252	
m) Fonds d'impulsion	906	3.004	5.709	6.908	
n) Soutien de la pratique médecine générale	430	542	1.393	15.912	
Total médecins	1.715.378	3.464.709	5.141.826	6.955.943	7.110.317
2. a) Honoraires dentaires	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accréditation	7	12	13.121	13.287	13.198
Total dentistes	198.161	388.851	579.468	775.562	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 II : 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	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 voitures	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 II : 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	1.305	1.488	2.752	8.441	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	5.993.230	11.922.699	17.837.635	24.077.384	25.869.336

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	320.076	648.505			
b) Imagerie médicale	302.888	613.368			
c) Consultations, visites et avis	500.768	962.333			
d) Prestations spéciales	322.204	646.968			
e) Chirurgie	290.323	577.730			
f) Gynécologie	23.615	47.444			
g) Surveillance	100.801	201.122			
h) Forfait accréditation médecins	6.514	11.148			
i) Forfait dossier médical	0	0			
j) Forfait télématique	22	6.239			
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0			
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	17.226	28.408			
m) Fonds d'impulsion	1.424	1.612			
n) Soutien de la pratique médecine générale	432	637			
Total médecins	1.886.293	3.745.514			7.304.023
2. a) Honoraires dentaires	204.028	402.097			807.888
b) Forfait accréditation	15	26			14.148
Total dentistes	204.043	402.123			822.036
3. Prestations pharmaceutiques	1.135.948	2.254.430			4.304.383
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	288.368	590.632			1.199.992
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.255	12.079			20.861
6. Soins par kinésithérapeutes	165.660	320.101			624.882
7. Soins par bandagistes	62.531	129.706			284.392
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	159.805	317.848			651.979
10. Soins par opticiens	6.599	12.694			31.809
11. Soins par audiciens	11.282	23.094			56.349
12. Accouchements par accoucheuses	3.973	8.013			16.733
13. Prix de la journée d'entretien	1.271.657	2.565.405			5.300.578
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	58.763	119.917			237.051
Transport	0	0			238
Total	1.330.420	2.685.322			5.537.867
14. Hôpital militaire - prix all-in	472	2.560			7.921
15. Dialyse					
a) Médecins	38.132	76.126			154.741
b) Forfait dialyse rénale	35.417	71.041			143.225
c) À domicile, dans un centre	26.722	53.892			119.345
d) Dialyse de nuit	0	0			0
Total dialyse	100.271	201.059			417.311

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	312.786	620.074			
b) Maisons de repos pour personnes âgées	222.329	441.974			
c) Centres de soins de jour	4.624	9.212			
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.048	155.878			
e) Prime syndicale	2.388	2.503			
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0	0			
g) Centres de jour palliatifs	0	0			
Total	625.175	1.229.641			2.516.463
17. Fin de carrière	37.577	61.467			113.187
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	23.391	45.943			107.044
b) Initiatives d'habitation protégée	10.534	20.767			42.898
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	688	1.419			2.955
Total	34.613	68.129			152.897
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	127.460	266.005			602.074
20. Fond Spécial	1.041	2.446			19.640
21. Logopédie	20.417	41.241			76.914
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0			0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.895	15.031			31.143
24. Régularisations + Refacturation	-33.826	-58.944			-74.213
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	111.124	148.496			390.694
b) MAF fiscal	0	0			0
Total maximum à facturer	111.124	148.496			390.694
26. Patients chroniques	20.662	37.980			105.939
27. Soins palliatifs	3.925	8.181			12.485
28. Soins palliatifs (patient)	3.625	6.980			19.683
29. Matériel corporel humain	1.613	3.162			6.617
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	171	339			551
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	108	191			462
b) COMA	134	262			594
c) Projets thérapeutiques	105	201			4.698
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	347	654			5.754
32. Internés	4.001	17.602			33.595
33. Sevrage tabac	234	459			2.575
34. Circuit de soins psychiatriques	59	120			0

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
35. Provision de stabilité	0	0			0
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000			3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0			0
38. Maisons médicales	22.018	45.212			98.417
39. SM/SLA/Huntington	1.654	3.703			8.850
40. Patients chroniques extra	0	0			8.696
41. Trajets de soins	0	0			0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0			0
43. Fonds d'indemnisation	0	0			12.507
44. Maladies rares	0	0			3.053
45. Accord social	0	65			18.199
46. Divers	1.539	2.035			32.678
- Gel montants réservés					70.049
- Compensation économies mars 2012					20.247
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					55.147
- Contributions sécurité sociale équilibre					0
Total	0	0			145.443
Total général	6.360.244	12.608.179			25.627.379

Tableau IV : 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	6,8	6,1	6,2	7,5
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				
j) Forfait télématique	475,0	0,3	2,2	2,7
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
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	-9,8
n) Soutien de la pratique médecine générale	-55,3	-62,6	-15,2	33,5
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	13,2
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	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Frais spécifiques services soins à domicile	3,9	3,9	6,0	5,7
6. Soins par kinésithérapeutes	9,9	10,3	8,8	9,1
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				
Total	8,4	8,9	8,4	7,6
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) À domicile, dans un centre	2,2	4,6	7,9	4,8
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	2,8	4,7	7,1	5,6

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2010 - 2011 en % - suite				
Libellé	<u>2011.1</u>	<u>2011.2</u>	<u>2011.3</u>	<u>2011.4</u>
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
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
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 voiturerettes	-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

Tableau IV : 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
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	215,2	-20,6	20,2	-13,8
Total général	4,4	4,9	5,4	5,5

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en %				
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	13,4	12,1		
b) Imagerie médicale	13,9	11,9		
c) Consultations, visites et avis	4,1	4,4		
d) Prestations spéciales	9,1	8,0		
e) Chirurgie	8,6	7,0		
f) Gynécologie	3,3	3,7		
g) Surveillance	10,4	8,8		
h) Forfait accréditation médecins	104,8	250,6		
i) Forfait dossier médical	0,0	0,0		
j) Forfait télématique	-52,2	0,9		
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0,0	0,0		
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	249,8	-16,0		
m) Fonds d'impulsion	57,2	-46,3		
n) Soutien de la pratique médecine générale	0,5	17,5		
Total médecins	10,0	8,1		
2. a) Honoraires dentaires	3,0	3,4		
b) Forfait accréditation	114,3	116,7		
Total dentistes	3,0	3,4		
3. Prestations pharmaceutiques	3,9	2,8		
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	7,7	9,2		
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,5	25,4		
6. Soins par kinésithérapeutes	3,9	1,1		
7. Soins par bandagistes	6,2	5,4		
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	16,3	16,4		
10. Soins par opticiens	0,2	2,4		
11. Soins par audiciens	-5,7	-4,0		
12. Accouchements par accoucheuses	3,3	6,3		
13. Prix de la journée d'entretien	4,5	4,1		
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	13,1	11,8		
Transport				
Total	4,9	4,4		

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en % - suite				
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	-79,3	-50,8		
15. Dialyse				
a) Médecins	7,0	6,6		
b) Forfait dialyse rénale	8,3	8,2		
c) À domicile, dans un centre	3,6	4,8		
d) Dialyse de nuit	0,0	0,0		
Total dialyse	6,5	6,6		
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	5,6	6,7		
b) Maisons de repos pour personnes âgées	0,7	3,5		
c) Centres de soins de jour	22,6	20,0		
d) Harmonisation salariale personnel MRS	8,9	7,9		
e) Prime syndicale	2,0	6,9		
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0,0	0,0		
g) Centres de jour palliatifs	0,0	0,0		
Total	3,4	5,1		
17. Fin de carrière	9,0	10,4		
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	2,0	-1,1		
b) Initiatives d'habitation protégée	13,7	13,2		
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	16,6	12,6		
Total	5,6	3,1		
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	10,5	9,2		
20. Fond Spécial	-80,6	-71,2		
21. Logopédie	4,2	4,3		
22. Centres médicaux-pédiatriques	0,0	0,0		
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	3,9	4,9		
24. Régularisations + Refacturation	-16,1	-10,2		
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-11,4	-7,6		
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	-11,4	-7,6		
26. Patients chroniques	-0,5	6,5		
27. Soins palliatifs	10,0	6,7		

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en % - suite				
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
28. Soins palliatifs (patient)	11,4	10,0		
29. Matériel corporel humain	33,6	22,4		
30. Équipes multidisciplinaires voitures	41,3	44,3		
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-15,0	-15,1		
b) COMA	12,6	6,1		
c) Projets thérapeutiques	-21,6	-23,6		
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-8,7	-11,0		
32. Internés	-38,5	163,2		
33. Sevrage tabac	4,5	6,7		
34. Circuit de soins psychiatriques	1,7	-90,4		
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,0	0,0		
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	12,9	10,2		
39. SM/SLA/Huntington	17,5	14,3		
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	17,9	36,8		
Total général	6,1	5,7		

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2012 dans l'objectif 2012				
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique				
b) Imagerie médicale				
c) Consultations, visites et avis				
d) Prestations spéciales				
e) Chirurgie				
f) Gynécologie				
g) Surveillance				
h) Forfait accréditation médecins				
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique				
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)				
m) Fonds d'impulsion				
n) Soutien de la pratique médecine générale				
Total médecins	25,8	51,3		
2. a) Honoraires dentaires	25,3	49,8		
b) Forfait accréditation	0,1	0,2		
Total dentistes	24,8	48,9		
3. Prestations pharmaceutiques	26,4	52,4		
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	24,0	49,2		
5. Frais spécifiques services soins à domicile	49,2	57,9		
6. Soins par kinésithérapeutes	26,5	51,2		
7. Soins par bandagistes	22,0	45,6		
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	24,5	48,8		
10. Soins par opticiens	20,7	39,9		
11. Soins par audiciens	20,0	41,0		
12. Accouchements par accoucheuses	23,7	47,9		
13. Prix de la journée d'entretien	24,0	48,4		
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	24,8	50,6		
Transport	0,0	0,0		
Total	24,0	48,5		
14. Hôpital militaire - prix all-in	6,0	32,3		

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2012 dans l'objectif 2012 - suite

Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
15. Dialyse				
a) Médecins	24,6	49,2		
b) Forfait dialyse rénale	24,7	49,6		
c) À domicile, dans un centre	22,4	45,2		
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	24,0	48,2		
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins				
b) Maisons de repos pour personnes âgées				
c) Centres de soins de jour				
d) Harmonisation salariale personnel MRS				
e) Prime syndicale				
f) Renouvellements de soins (art. 56)				
g) Centres de jour palliatifs				
Total	24,8	48,9		
17. Fin de carrière	33,2	54,3		
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	21,9	42,9		
b) Initiatives d'habitation protégée	24,6	48,4		
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	23,3	48,0		
Total	22,6	44,6		
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	21,2	44,2		
20. Fond Spécial	5,3	12,5		
21. Logopédie	26,5	53,6		
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	25,4	48,3		
24. Régularisations + Refacturation	45,6	79,4		
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	28,4	38,0		
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	28,4	38,0		
26. Patients chroniques	19,5	35,9		
27. Soins palliatifs	31,4	65,5		
28. Soins palliatifs (patient)	18,4	35,5		
29. Matériel corporel humain	24,4	47,8		

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2012 dans l'objectif 2012 - suite				
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	31,0	61,5		
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	23,4	41,3		
b) COMA	22,6	44,1		
c) Projets thérapeutiques	2,2	4,3		
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	6,0	11,4		
32. Internés	11,9	52,4		
33. Sevrage tabac	9,1	17,8		
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	100,0	100,0		
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	22,4	45,9		
39. SM/SLA/Huntington	18,7	41,8		
40. Patients chroniques extra	0,0	0,0		
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation	0,0	0,0		
44. Maladies rares	0,0	0,0		
45. Accord social	0,0	0,4		
46. Divers	4,7	6,2		
Total général	24,8	49,2		

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs

Libellé	Septembre	Décembre	Mars	Juin
	2011 (1)	2011 (2)	2012 (3)	2012 (4)
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-4,33	1,39	6,73	9,72
b) Imagerie médicale	1,58	5,06	8,70	10,74
c) Consultations, visites et avis	0,88	5,21	4,83	4,87
d) Prestations spéciales	2,94	2,75	4,84	5,73
e) Chirurgie	4,19	3,92	5,04	4,89
f) Gynécologie	3,83	3,43	3,52	3,67
g) Surveillance	3,57	3,21	5,80	5,95
h) Forfait accréditation médecins	3,07	-24,55	-3,08	29,13
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	2,78	2,75	1,76	3,38
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	78,06	114,90	262,64	33,03
m) Fonds d'impulsion	16,15	-9,78	2,54	-22,91
n) Soutien de la pratique médecine générale	13,63	33,49	39,73	45,35
Total médecins	1,53	4,35	6,83	7,22
2. a) Honoraires dentaires	1,46	2,36	2,12	3,11
b) Forfait accréditation	13,60	13,24	13,31	13,38
Total dentistes	1,65	2,53	2,29	3,27
3. Prestations pharmaceutiques	4,12	3,47	3,41	2,80
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	5,79	5,72	6,57	8,62
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,35	5,72	6,97	16,56
6. Soins par kinésithérapeutes	4,43	4,60	3,93	2,50
7. Soins par bandagistes	7,56	7,45	8,98	8,54
8. Soins par orthopédistes	3,25	5,11	3,02	2,58
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	6,57	6,74	9,18	11,43
10. Soins par opticiens	0,65	2,68	0,64	2,54
11. Soins par audiciens	8,29	7,53	4,71	0,18
12. Accouchements par accoucheuses	8,05	7,52	5,32	6,57
13. Prix de la journée d'entretien	8,09	7,55	6,58	5,18
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	8,70	9,29	10,37	10,21
Transport				
Total	8,12	7,62	6,74	5,39

(1) Septembre 2011 = (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) / (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009)
(2) Décembre 2011 = (12 mois 2011) / (12 mois 2010)
(3) Mars 2012 = (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011) / (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010)
(4) Juin 2012 = (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011) / (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Septembre 2011 (1)	Décembre 2011 (2)	Mars 2011 (3)	Juin 2012 (4)
14. Hôpital militaire - prix all-in	18,36	42,19	1,33	-30,40
15. Dialyse				
a) Médecins	6,86	5,33	6,22	5,89
b) Forfait dialyse rénale	6,83	6,44	7,88	8,46
c) À domicile, dans un centre	8,90	4,81	5,14	4,89
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	7,40	5,57	6,50	6,51
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	12,40	13,51	12,09	10,74
b) Maisons de repos pour personnes âgées	2,58	1,76	1,23	2,38
c) Centres de soins de jour	11,87	18,43	21,80	21,70
d) Harmonisation salariale personnel MRS	1,75	0,81	5,84	6,83
e) Prime syndicale	87,06	87,06	85,39	90,30
f) Renouvellements de soins (art. 56)	13,23	3,55	-52,85	-69,38
g) Centres de jour palliatifs	-100,00	-48,89	-48,89	-48,89
Total	7,28	7,40	6,79	6,55
17. Fin de carrière	7,12	6,60	10,47	10,94
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	10,00	10,45	9,40	4,27
b) Initiatives d'habitation protégée	1,88	5,72	9,81	12,22
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	14,54	14,60	16,88	12,88
Total	7,71	9,15	9,65	6,65
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	5,37	5,33	7,38	7,52
20. Fond Spécial	27,65	-36,20	-61,69	-68,42
21. Logopédie	6,89	6,39	5,31	4,86
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	17,07	9,63	5,04	3,81
24. Régularisations + Refacturation	-15,03	-20,43	-19,66	-18,07
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-1,29	1,02	-4,66	1,18
b) MAF fiscal	-100,00			
Total maximum à facturer	-1,23	1,02	-4,66	1,18

(1) Septembre 2011 = (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) / (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009)

(2) Décembre 2011 = (12 mois 2011) / (12 mois 2010)

(3) Mars 2012 = (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011) / (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010)

(4) Juin 2012 = (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011) / (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Septembre	Décembre	Mars	Juin
	2011 (1)	2011 (2)	2011 (3)	2012 (4)
26. Patients chroniques	2,58	0,62	0,30	3,23
27. Soins palliatifs	3,30	9,50	11,67	9,24
28. Soins palliatifs (patient)	2,13	3,08	4,93	6,92
29. Matériel corporel humain	-17,95	-0,98	10,79	11,26
30. Equipes multidisciplinaires voitures	0,19	3,28	14,48	25,05
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	15,08	10,41	-5,65	-7,75
b) COMA	-3,76	3,09	5,97	6,40
c) Projets thérapeutiques	-4,80	-5,79	-13,84	-23,63
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	0,41	1,50	-4,99	-9,56
32. Internés	5,49	-15,16	-16,63	42,44
33. Sevrage tabac	71,16	36,99	18,13	12,91
34. Circuit de soins psychiatriques	-10,14	-9,21	-11,78	-57,75
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	-12,84	0,00	-34,34	0,00
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	16,27	18,94	19,13	16,50
39. SM/SLA/Huntington	32,93	25,70	22,76	16,43
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social				
46. Divers	43,49	-13,77	-18,77	-4,42
Total général	4,83	5,49	5,94	5,91

(1) Septembre 2011 = (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) / (9 premiers mois 2010 + 3 derniers mois 2009)

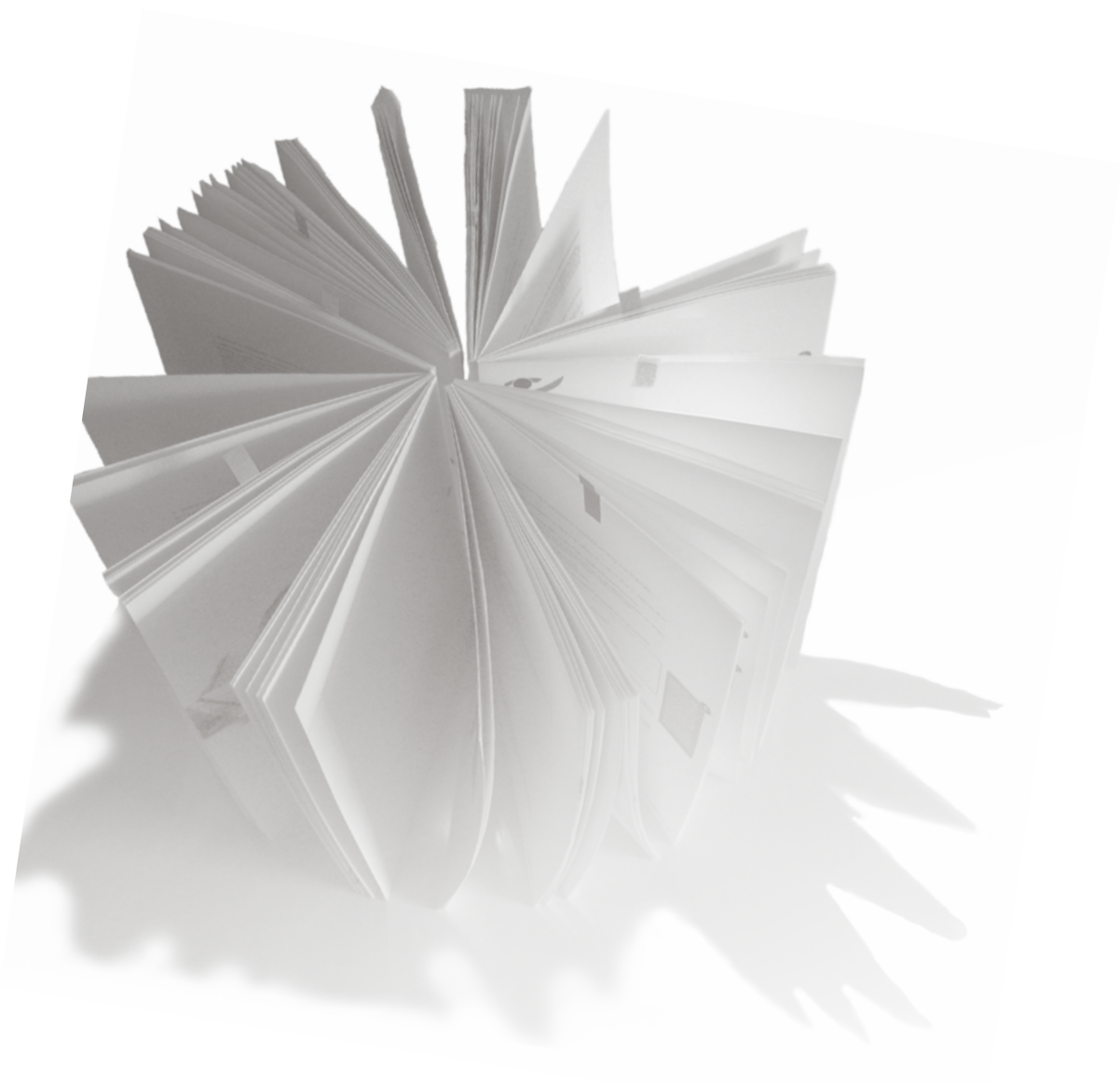
(2) Décembre 2011 = (12 mois 2011) / (12 mois 2010)

(3) Mars 2012 = (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011) / (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010)

(4) Juin 2012 = (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011) / (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010)

7^e Partie

Bibliographie



I. Synopsis du droit du travail belge ¹

Auteurs : Ria Janvier, Johan Peeters, Wilfried Rauws, Kim Van den Langenbergh et Anne Van Regenmortel

Avec cette cinquième édition, le Synopsis du droit du travail belge présente un aperçu clair du droit du travail en vigueur en Belgique. Il met essentiellement l'accent sur des problèmes fréquents : travail à temps partiel, démission, grossesse, congé éducatif, syndicats, normes salariales, restructuration, etc.

Tous les aspects importants du droit du travail individuel et collectif sont pris en compte de manière synoptique et structurée. Cet ouvrage constitue dès lors la documentation de base idéale pour toute personne intéressée par le droit du travail. Il ne contient pas de digressions sur des problèmes juridiques très spécifiques mais constitue une ébauche de synthèse de la branche juridique.

Le nombre de notes de bas de page a également été sciemment revu à la baisse. Les références bibliographiques sommaires citées à divers endroits de l'ouvrage constituent néanmoins une base idéale pour le travail exploratoire. L'ouvrage contient, en outre, une liste de toutes les adresses Internet utiles.

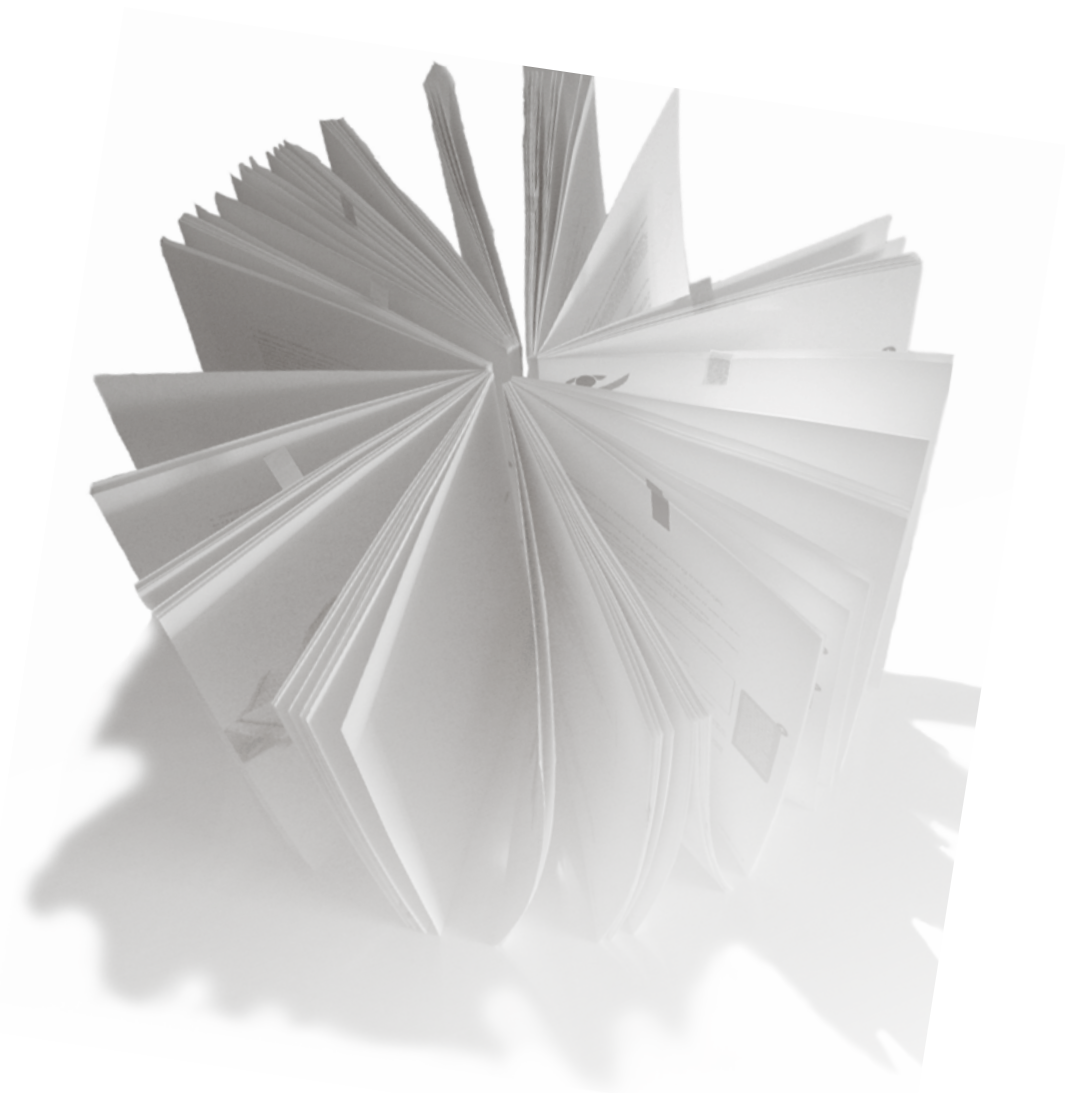
La subdivision détaillée en fait un outil extrêmement utile et apprécié. Un ouvrage du droit du travail est souvent déjà dépassé au moment de sa publication. Or pour le synopsis, la donne est différente : le lecteur de l'ouvrage peut en effet à tout moment consulter la page d'actualisation sur le site Internet d'Intersentia (www.intersentia.be).

(Traduction)

1. Intersentia, Groenstraat 31, 2640 Mortsel (Anvers), Belgique – Tél. +32 (0) 3 680 15 50 – Fax. +32 (0) 3 658 71 21 – Courriel : mail@intersentia.be – Site web : www.intersentia.be – ISBN n° 978 – 94 – 000 – 0344 – 6

8^e Partie

Prix des publications



Publications de l'INAMI et tarifs pour 2013 (en EUR)

1. Bulletin d'information INAMI

Revue: paraît 4 fois par an 32,00



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 5,00
À chaque mise à jour, une nouvelle version adaptée est disponible 5,00

a. Loi coordonnée du 14 juillet 1994

Brochure 27,00
Mises à jour 2013 25,00
Texte de base¹ + mises à jour 2013 Feuilles interchangeables .. 52,00

b. Arrêté royal du 3 juillet 1996

Brochure 17,00
Mises à jour 2013 5,00
Texte de base¹ + mises à jour 2013 Feuilles interchangeables .. 22,00

c. Indemnités (règlement et arrêtés d'exécution)

Brochure 2,00
Mises à jour 2013 12,00
Texte de base¹ + mises à jour 2013 Feuilles interchangeables .. 14,00

d. Prestations de santé (règlement)

Brochure 12,00
Mises à jour 2013 6,00
Texte de base¹ + mises à jour 2013 Feuilles interchangeables .. 18,00

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	45,00
Mises à jour 2013	13,00
Texte de base ¹ + mises à jour 2013	Feuilles interchangeables ... 58,00

f. Divers arrêtés royaux (e.a. indemnités indépendants, contrôle, contentieux)

Brochure	6,00
Mises à jour 2013	6,00
Texte de base ¹ + mises à jour 2013	Feuilles interchangeables ... 12,00

g. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de a à f inclus)

Textes de base ¹ + mises à jour 2013	Feuilles interchangeables .. 168,00
Mises à jour 2013	52,00

h. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de c à e inclus)

Textes de base ¹ + mises à jour 2013	Feuilles interchangeables ... 87,00
Mises à jour 2013	28,00



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 coordonnée du 14 juillet 1994
- arrêté royal du 3 juillet 1996
- règlement des soins de santé du 28 juillet 2003 et arrêtés d'exécution
- règlement des indemnités du 16 avril 1997 et arrêtés d'exécution.

3. Nomenclature des prestations de santé

a. Texte de la nomenclature

Texte de base ¹ + mises à jour 2013	Feuilles interchangeables .. 68,00
Mises à jour 2013	45,00

b. Règles interprétatives de la nomenclature

Texte de base ¹ + mises à jour 2013	Feuilles interchangeables .. 49,00
Mises à jour 2013	8,00



Le texte de la nomenclature et les règles interprétatives sont aussi disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, accès à partir de la page d'accueil du site.

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.

4. Information technique

a. Circulaires aux organismes assureurs

Circulaires par lesquelles l'INAMI communique ses instructions aux O.A.

La feuille	0,12
Abonnement ²	Provision de 50,00
Index 1964-2012.....	CD-Rom 6,00

b. Répertoire de jurisprudence

Répertoire de jurisprudence de l'assurance obligatoire SSI

Texte de base ¹ + mises à jour 2013	Feuilles interchangeables .. 56,00
Mises à jour 2013	10,00

5. Rapport annuel, brochures, dépliants, livres

a. Rapport annuel INAMI, disponible uniquement via le site internet de l'INAMI (version imprimable)

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, selon disponibilité gratuit

e. Répertoire des Unions nationales de mutualités et des Mutualités de Belgique (assurance obligatoire SSI)

À partir de 2013 seulement à consulter sur le site internet de l'INAMI, rubrique Citoyen > Mutualités > Contactez les mutualités.

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 e) sont disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

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.
2. Le prix exact de l'abonnement sera déterminé lors de la parution de la dernière circulaire de l'année 2013

 Pour obtenir des renseignements ou retirer les publications suivantes, veuillez vous adresser à :

Publication	Contact
1, 2, 3, 4	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 CCP: IBAN : BE 84 6790 2621 5359 - BIC : PCHQ BEBB de l'INAMI, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles, en indiquant en communication la publication souhaitée.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
M. Luc Maroy
M. Paul-André Briffeuil
Mme Isabelle Daumerie
Mme Nancy De Marneffe
Mme Christel Heymans
Mme Linda Maesen
Mme Caroline Lekane
Mme Sarah Stevens
Mme Kathleen Hove
M. Cédric Stassin
Mme Sylvie Willemsens

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Service des abonnements

4 numéros par an - 32 EUR
IBAN : BE 84 6790 2621 5359
Tél. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@inami.fgov.be

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726