

Sommaire

1 ^{re} Partie - Études ¹	5
L'appel Synopsis pour une gestion efficace du contentieux au sein de l'INAMI, par S. Stevens	6
2 ^e Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	39
4 ^e trimestre 2012	40
3 ^e Partie - Jurisprudence	61
I. Tribunal du travail de Bruxelles, 14 mars 2013 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 34, alinéas 2 et 73 Caractère expérimental - Aléa thérapeutique	62
II. Cour de cassation, 8 avril 2013 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 191, alinéa 1 ^{er} , 15 ^o Financement de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités - Cotisations sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques - Calcul	67
III. Cour du travail de Bruxelles, 19 janvier 2012 Règlement du 17 mars 1999 - articles 6, 7 et 8 Renonciation à la récupération de l'indu - Notion de ménage	74
IV. Cour du travail de Bruxelles, 11 janvier 2013 Au-delà de la première année d'incapacité de travail, il faut que le travailleur indépendant soit reconnu incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement (tenant compte notamment de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle)	78
V. Tribunal de travail de Bruges, 24 avril 2013 Code judiciaire, article 1022 Indemnité de procédure - Délégué syndical	81

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

4^e Partie - Questions et réponses parlementaires 83

- I. Plan fédéral de lutte contre la pauvreté
Octroi automatique de droits sociaux - Projets et mesures pour simplifier l'octroi de droits sociaux 84
- II. Médecine factuelle
Suivi et évaluation des études cliniques - Industrie pharmaceutique - Impact sur le comportement prescripteur - Politique en matière de psychotropes - Utilisation chez les enfants 87
- III. Premier Plan Cancer
Stratégie - Mesures et projets - Financement 89
- IV. Médicaments biosimilaires
Efforts pour encourager leur utilisation - Impact financier pour les hôpitaux - Remboursement en catégorie F des EPO biosimilaires 92
- V. Observatoire des maladies chroniques
Composition - Missions 94
- VI. Tabacologues
Chiffres des professionnels de santé exerçant en tant que tabacologues - Répartition par région 96
- VII. Prestataires de soins non-conventionnés
Honoraires - Attestations de soins délivrées aux patients - Renseignements à fournir par le médecin sur l'attention de soins donnés 97

5^e Partie - Directives de l'INAMI 99

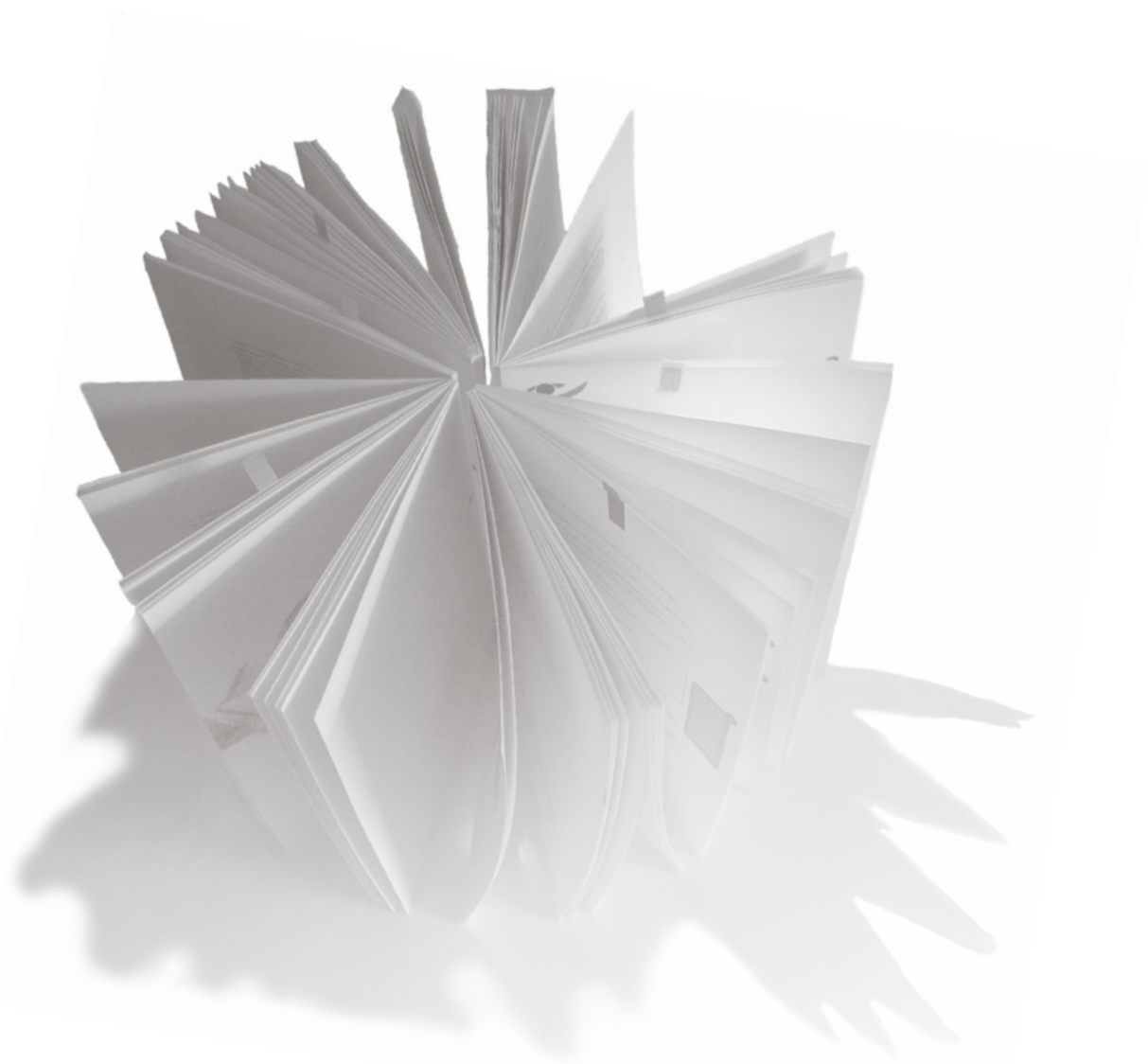
- Article 100, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 - Reprise d'un travail adapté - Suppression du caractère préalable de l'autorisation du médecin-conseil 100

6^e Partie - Données de base 113

- I. Revalorisation des indemnités - Adaptations 114
- II. Modification du tableau III : Salaire minimum pour employés catégorie I, fixé par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE) - Corrigendum 118

7 ^e Partie - Statistiques	121
Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 2012	122
8 ^e Partie - Prix des publications	143
Publications de l'INAMI et tarifs pour 2013	144

1^{re} Partie Études



L'appel

Synopsis pour une gestion efficace du contentieux au sein de l'INAMI

Par S. Stevens, juriste, Direction affaires juridiques et contentieux

1. Pourquoi interjeter appel ?

Toutes voies de recours dansent sur la corde raide. Certes, elles contribuent à une justice de qualité mais leur usage prolonge inévitablement les procédures et génère de ce fait un arriéré judiciaire qui ébranle la confiance tant nécessaire du citoyen en la justice¹.

Une de ces voies de recours est l'appel. Quiconque contestant la décision d'un juge de première instance peut y avoir recours. L'appel, qui vise à faire juger par une instance judiciaire supérieure un litige arbitré en première instance, revêt diverses fonctions. De manière très générale, il tend à rectifier une éventuelle erreur d'appréciation du premier juge. *Errare humanum est !*

Par ailleurs, l'appel peut, dans de nombreux cas, s'apparenter à un recours en réformation par lequel l'affaire obtient une nouvelle – seconde – chance et peut donc repasser devant un juge d'appel "plus expérimenté". On pourrait assimiler cela à la seconde session d'examen des étudiants...

Enfin, l'appel contribue bien sûr à l'unicité de la jurisprudence.

Les règles en matière d'appel figurent dans le Code judiciaire et plus particulièrement à partir de l'article 1050 jusqu'à l'article 1072*bis* inclus. Toutefois, il serait utopique de penser que l'application de ces dispositions légales coule toujours de source. Rien n'est moins vrai !

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité, appelé ci-après INAMI, lui non plus n'échappe pas à la valse des appels. Jour après jour, notre Institut se trouve confronté à cette voie de recours qu'est l'appel, comme appelant ou comme intimé. Dans de nombreux litiges, la procédure d'appel se déroule sans coup férir mais il peut bien sûr parfois en être autrement.

Le présent exposé a pour objectif de présenter succinctement les aspects tant juridico-administratifs que procéduraux de l'appel et de mettre plus spécifiquement en lumière la casuistique à laquelle l'INAMI est confronté depuis sa création.

Nous vous emmenons volontiers à la découverte de quelques étapes importantes qui jalonnent la procédure d'appel. Notre chemin est parsemé aussi bien de dispositions légales que d'écueils procéduraux et conceptuels auxquels notre Institut doit faire face et que nous devons à l'avenir éviter pour défendre au mieux les intérêts de l'INAMI devant les cours et tribunaux.

1. B. DECONINCK, P. TAELEMAN, "Rechtsmiddelen moeten efficiënter", TPR 2012, 27.

Nous traiterons d'abord de la recevabilité de l'appel : toute procédure engagée est pour la suite tributaire de sa recevabilité, plus spécifiquement en degré d'appel.

Ensuite, nous approfondirons l'acte d'appel qui permet d'introduire effectivement ce type de recours. Outre l'acte d'appel en soi, il faut en effet également se pencher sur la décision de l'INAMI d'ester en justice ainsi que sur la représentation en justice de ce dernier.

Nous traiterons aussi par après du délai d'appel en tentant d'apporter une réponse concrète aux nombreuses questions posées concernant la prise de cours et le calcul du délai.

Nous n'oublierons pas non plus d'exposer les effets de l'appel. Un chapitre est dès lors consacré au caractère suspensif, relatif et dévolutif de l'appel.

Enfin, nous envisagerons l'avenir. Certains points délicats peuvent-ils être évités ou améliorés... ?

Il est temps à présent d'entrer sans plus tarder dans le vif du sujet. Bonne lecture à la découverte de l'appel !

“Le pire n'est jamais certain. L'aventure mérite d'être tentée.”

M. Magendie, premier président à la Cour d'Appel de Paris

2. Recevabilité de l'appel

Comme déjà dit précédemment, l'appel est une procédure judiciaire dont les règles à suivre sont définies dans le Code judiciaire. Si une partie n'accepte pas le jugement du juge de première instance, elle peut, si elle le souhaite, interjeter appel de ce jugement auprès du juge d'appel. En premier lieu, avant de pouvoir se prononcer sur le fond de l'affaire, le juge d'appel devra vérifier si l'appel interjeté est recevable. En cas d'irrecevabilité de l'appel interjeté, l'affaire sera clôturée sans jugement sur le fond.

Nous pouvons donc dire que le traitement d'un litige est tributaire de sa recevabilité. Dès l'instant où les règles en matière de recevabilité ne sont pas respectées, l'appel interjeté doit être déclaré irrecevable. Par ailleurs, les règles en matière de recevabilité d'un appel interjeté sont d'ordre public. Elles sont dès lors soulevées d'office².

Autant de raisons qui nous poussent à nous pencher davantage dans ce chapitre sur les conditions spécifiques que requiert un appel régulier et recevable. Le présent chapitre expose de manière approfondie l'acquiescement, les jugements susceptibles ou non d'appel et les parties en cause. L'acte d'appel et le délai d'appel – ainsi que les conditions de recevabilité de l'appel – seront traités ultérieurement dans le présent exposé.

2. Cass., 13.12.1991, R.G. 7604, Arr. Cass. 1991, 346 et Pas. 1992, I, 301.

a. Acquiescement

PRINCIPE

Une partie perd l'intérêt requis pour interjeter appel si elle accepte la décision du premier juge. L'acquiescement est un processus par lequel une partie à un procès renonce au droit d'exercer des voies de recours contre une décision judiciaire.

Article 1044, alinéa premier, du Code judiciaire

L'acquiescement à une décision est la renonciation par une partie à l'exercice des voies de recours dont elle pourrait user ou qu'elle a déjà formées contre toutes ou certaines des dispositions de cette décision.

L'acquiescement, lorsqu'il est conditionnel, ne produit d'effets que s'il est accepté par la partie adverse.

Selon l'auteur B. LAMBRECHT, l'acquiescement est un acte décisionnel. Cela signifie que celui qui pose cet acte juridique doit être habilité à poser des actes décisionnels³. Par conséquent, un mandataire de la partie au procès ne peut poser l'acte de procédure de l'"acquiescement" qu'après y avoir été habilité⁴. En ce qui concerne l'INAMI et sa représentation en droit, voir le chapitre consacré au mandat *ad litem* des avocats (cf. *infra*).

L'acquiescement est également un acte de procédure unilatéral qui ne nécessite donc pas l'autorisation des autres parties au procès. L'acquiescement est aussi irrévocable.

Il est également important de signaler à ce propos la jurisprudence constante⁵ qui interdit l'acquiescement dans des affaires d'ordre public. Il s'agit de dispositions légales "qui touchent aux intérêts essentiels de l'état ou de la communauté ou qui, en droit privé, fixent les fondements juridiques sur lesquels repose l'ordre économique (politique, social) ou moral de la société"⁶. Néanmoins, selon l'auteur S. MOSSELMANS, il convient de nuancer ce point de vue. En soi, le droit à l'appel n'est pas d'ordre public : en principe, la renonciation au droit peut être autorisée. Cependant, cette renonciation n'est autorisée que si le droit matériel auquel se rapporte le litige n'est pas d'ordre public.

MODES D'ACQUIESCEMENT

Plusieurs modes d'acquiescement sont généralement connus et posés chronologiquement avant la décision judiciaire, une partie renonçant donc au préalable aux voies de recours dont elle pourrait user contre une décision, comme par exemple un jugement d'accord (art. 1043 du C. jud.)⁷. Étant donné que notre Institut est moins confronté à ce mode d'acquiescement, nous ne l'exposerons pas concrètement. Nous n'exposerons ci-après que les modes d'acquiescement au terme d'une décision judiciaire telle que définie dans l'article 1045 du Code judiciaire.

3. B. LAMBRECHT, Commentaar bij art. 1044-1045 Ger. W., in X., *Gerechtigd recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2012, feuillets, 63.

4. B. LAMBRECHT, *Ibidem* ; Cass. 01.12.1983, RW 1984-1985, 835 ; Cass. 11.05.1979, Pas. 1979, I, 1071 ; Cass. 23.11.1981, Arr. Cass. 1981-1982, n° 191, 400 ; Cass. 13.03.1978, Pas. 1978, I, 786 ; C.T. Liège, 08.05.2000, JLMB 2002, 100.

5. Cass., 10.11.1977, Arr. Cass. 1978, 303 ; Cass., 07.04.1994, Arr. Cass. 1994, 349 ; Cass., 28.01.1999, Arr. Cass. 1999, 97 ; Cass. 06.12.1999, Arr. Cass. 1999, 1580 ; Cass. 27.11.2000, Arr. Cass. 2000, 645 ; Cass. 09.04.1975, Pas. 1975, I, 781, RW 1975-1976, 95 ; C.T. Anvers, 18.12.1984, RW 1985-1986, 2365 ; C.T. Bruxelles, 03.12.1984, JTT 1985, 424 ; C.T. Liège, 15.03.1987, JLMB 1987, 957 ; C.T. Liège, 18.01.1991, JTT 1991, 471 ; C.T. Liège, 20.02.1990, JTT 1991, 182 ; C.T. Mons, 17.04.1991, JLMB 1991, 1309 ; C.T. Mons, 02.04.1980, JTT 1980, 227.

6. S. MOSSELMANS, "Stilzwijgende berusting en de openbare orde", P&B 2002, 114.

7. B. LAMBRECHT, o.c., 66.

L'acquiescement exprès

Article 1045, alinéa 2, du Code judiciaire

L'acquiescement exprès est fait par un simple acte signé de la partie ou de son mandataire nanti d'un pouvoir spécial. [...]

Si une partie souhaite poser un acte d'acquiescement, elle doit le faire au moyen d'une déclaration écrite signée qui, en principe, n'est subordonnée à aucune formalité particulière.

Si l'INAMI souhaite, dans un dossier déterminé, accepter expressément une décision du juge, il devra donner une procuration spéciale à son avocat nonobstant de son mandat général de représentation de l'INAMI (cf. infra)⁸.

L'acquiescement tacite

Article 1045, alinéa 3, du Code judiciaire

[...] L'acquiescement tacite ne peut être déduit que d'actes ou de faits précis et concordants qui révèlent l'intention certaine de la partie de donner son adhésion à la décision.

Cette disposition peut bien évidemment susciter davantage de confusion qu'un acquiescement exprès où le choix d'accepter la décision du juge ne laisse subsister pratiquement aucun doute. Au vu de la formulation de l'acquiescement tacite, il n'est pas toujours évident de constater avec certitude qu'il s'agit bel et bien d'un acquiescement. Quant à savoir quand il est question d'acquiescement tacite, une casuistique détaillée s'est développée dont il est utile de donner un bref aperçu.

- Le paiement des frais de justice ne constitue pas en soi un acquiescement tacite⁹
- Si une partie charge un huissier de la signification d'un jugement, mais que cette signification n'a pas eu lieu, et que celui-ci souhaite ultérieurement interjeter appel, son appel est irrecevable en raison d'une présomption d'acquiescement¹⁰
- Une partie qui se réfère à la sagesse du tribunal ne peut être réputée acquiescer au préalable au jugement qui doit encore être prononcé¹¹
- Aucun acquiescement ne peut être déduit de la radiation du rôle¹²
- L'exécution volontaire de certaines dispositions de la décision judiciaire n'implique pas nécessairement l'acquiescement aux autres dispositions indépendantes des premières¹³
- L'exécution volontaire d'un jugement exécutable par provision n'ôte en rien l'intérêt d'interjeter appel¹⁴.

L'acquiescement tacite dont question doit néanmoins être toujours interprété restrictivement. Si une autre interprétation s'avère possible, la renonciation n'est pas acceptée¹⁵.

8. Cass., 01.12.1983, RW, 1984-1985, 835 ; Cass., 11.05.1979, Pas. 1979, I, 1071 ; Cass., 23.11.1981, Arr. Cass., 1981-1982, n° 191, 400 ; Cass., 13.03.1978, Pas. 1978, I, 786 ; C.T. Liège, 08.05.2000, JLMB 2002, 100.

9. Cass. 15.01.1979, Pas. 1979, I, 550 ; C.T. Bruxelles, 23.12.1974, R.G. 2016, B.I.-INAMI 1975, 295 ; C.T. Gand, 16.01.1985, JTT 1985, 424.

10. C.T. Liège, 31.01.1991, JLMB 1991, 168 ; C.T. Liège, 22.07.1986, JTT 1988, 148.

11. Cass. 07.01.1983, Arr. Cass. 1982-1983, 587.

12. Cass. 10.11.1988, R.G. 8144, Pas. 1989, I, 259 et JT 1989, 275.

13. Cass. 07.12.1972, Pas. 1973, I, 330.

14. Cass. 24.10.1997, Arr. Cass. 1997, 1026, RW 1998-1999, 602 ; Cass. 27.06.1991, Arr. Cass. 1990-1991, 1068 ; Cass. 26.03.1984, RW 1984-1985, 1090.

15. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., *Gerechtigd recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2002, feuillets, <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>, avec renvoi à Cass. 05.09.1997, Arr. Cass. 1997, 784 ; Cass. 19.12.1991, Arr. Cass. 1991-1992, 369.

b. Jugements susceptibles d'appel

PRINCIPE GÉNÉRAL : L'APPEL EST TOUJOURS POSSIBLE

Article 1050 du Code judiciaire

En toutes matières l'appel peut être formé dès la prononciation du jugement, même si celui-ci est une décision avant dire droit ou s'il a été rendu par défaut. Contre une décision rendue sur la compétence, un appel ne peut être formé qu'avec l'appel contre le jugement définitif.

En principe, l'appel est toujours possible dès qu'un jugement a été rendu en première instance. Tout jugement final est en principe immédiatement frappé d'appel.

L'appel peut être interjeté contre :

- les jugements définitifs dès leur prononciation
- les jugements avant dire droit dès leur prononciation¹⁶
- les jugements par défaut. Par conséquent, il ne faut pas d'abord faire opposition à un jugement par défaut avant de pouvoir interjeter appel¹⁷.

En résumé, il ressort des articles 616 et 1050 du Code judiciaire que le double degré de juridiction constitue la règle générale¹⁸. Ces dispositions ont été insérées dans le Code judiciaire par la loi du 3 août 1992. Elles avaient entre autres pour objectif d'exclure des appels dilatoires en obligeant la partie à attendre une décision définitive dans l'affaire avant d'interjeter appel du jugement se prononçant sur un conflit de compétences¹⁹.

Le principe du double degré de juridiction n'est cependant pas un principe général de droit²⁰. Les articles 6, § 1^{er}, et 13 de la Convention européenne des droits de l'homme ne garantissent d'ailleurs pas le droit au double degré de juridiction²¹. Le législateur peut donc exclure la possibilité d'interjeter appel.

L'important pour l'INAMI dans le traitement et la gestion des litiges est de savoir quand le jugement en question est un jugement final et donc définitif ou quand il s'agit d'un jugement avant dire droit. Quid alors d'un jugement mixte ?

Jugements définitifs

En vertu de l'article 19, alinéa premier, du Code judiciaire, le jugement est définitif dans la mesure où il épuise la juridiction du juge sur une question litigieuse, sauf les recours prévus par la loi. Quand le juge a épuisé sa juridiction sur une question litigieuse, il ne peut plus statuer sur cette question litigieuse. Cette règle est d'ordre public²². S'il le fait néanmoins, le juge commet un excès de pouvoir.

16. Article 1055 du C. jud.

17. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., *Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2002, feuillets, <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>; M. CASTERMANS, *Gerechtelijk privaatrecht*, Gent, Story-Scientia, 2009, 623.

18. *Ibidem*.

19. P. VANLERSBERGHE, "Het hoger beroep tegen een vonnis van onbevoegdheid: het einde van een controverse", note Cass. 13.02.2003, RABG 2003, 556.

20. C. A. 13.07.2001, n° 107/2001, Arr. Arb. 2001, 1493, RW 2002-2003, 92 ; Cass. 01.12.1987, Arr. Cass. 1987-1988, 469 ; Cass. 21.01.1983, RW 1982-1983, 2546.

21. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., *Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2002, feuillets, <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>.

22. Cass. 03.01.2008, RABG 2008, 326.

Lorsque dans un jugement interlocutoire par exemple, le juge statue sur une question litigieuse particulière, ce jugement est définitif en ce qui concerne cette question litigieuse. Si ultérieurement il devait apparaître qu'un appel est interjeté contre le jugement définitif et non contre le jugement interlocutoire, le juge d'appel ne peut plus statuer sur la question litigieuse pour laquelle le premier juge a complètement épuisé sa première juridiction dans le jugement interlocutoire qui n'a pas été contesté par voie de recours²³.

Par ailleurs, si un point déterminé ne fait l'objet d'aucune contestation, le jugement relatif à ce point n'est pas définitif à la lumière de l'article 19 du Code judiciaire²⁴. Si par exemple la recevabilité d'une action n'est pas remise en question et si l'action a été déclarée recevable dans le jugement interlocutoire, ce jugement interlocutoire ne comporte dès lors pas de décision finale quant à ce point²⁵.

Cependant, un jugement où l'action est déclarée recevable et fondée est définitif conformément à l'article 19 du Code judiciaire. Dès la prononciation d'un jugement définitif, l'appel peut être interjeté.

Jugements avant dire droit

Conformément à l'article 1050, alinéa premier, du Code judiciaire, l'appel peut être formé dès la prononciation d'un jugement avant dire droit. Il s'agit d'un jugement où le juge ordonne une mesure préalable en vue d'instruire la demande ou de régler provisoirement la situation des parties dans l'attente d'une prononciation ultérieure sur la base du litige (art. 19, al. 2, du C. jud.)²⁶.

Autre point important : dans l'article 1055 du Code judiciaire, il est question de "jugements avant dire droit" et non de "jugements interlocutoires". Tout jugement avant dire droit est un jugement interlocutoire. L'inverse est moins vrai. Les jugements avant dire droit constituent donc une sous-catégorie, à savoir des jugements interlocutoires où le juge n'épuise sa juridiction sur aucune question.

Un bel exemple pour l'INAMI est le jugement avant dire droit où un expert judiciaire est désigné. Un jugement avant dire droit peut être frappé d'appel dès qu'il a été prononcé. En ce qui concerne la recevabilité de l'appel contre pareil jugement avant dire droit, l'INAMI doit agir comme s'il s'agissait d'une demande principale (art. 621 du C. jud.)²⁷. Les jugements prononçant une mesure d'instruction, telle qu'une expertise judiciaire, sont néanmoins exécutoires d'office (art. 1496 du C. jud.). D'autres exemples de jugements avant dire droit sont les jugements où les débats sont réouverts afin de permettre aux parties de conclure sur une demande reconventionnelle ainsi que les jugements ordonnant le dépôt d'un document par un tiers en application de l'article 878 du Code judiciaire²⁸.

La règle selon laquelle l'appel peut être formé dès la prononciation d'un jugement avant dire droit fait l'objet d'une exception : les décisions rendues sur la compétence (art. 1050, al. 2, du C. jud.) (cf. infra)²⁹.

23. Cass. 19.04.2001, Arr. Cass. 2001, 215 ; Cass. 13.10.2003, Arr. Cass. 2003, 493 ; Cass. 23.04.2004, Arr. Cass. 2004, 218 ; Cass. 11.04.2008, <http://www.cass.be>.

24. Cass. 08.10.2001 et Cass. 07.06.2007, <http://www.cass.be>.

25. M. CASTERMANS, *Gerechthelijk Privaatrecht*, Gent, Story Publishers, 2009, 62.

26. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., *Gerechthelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2002, feuillets, <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>.

27. C.T. Bruxelles, 12.05.2011, R.G. 2010/AB/1118, INAMI c./ B. V. et V.I. – Voici un exemple d'appel interjeté contre un jugement interlocutoire en vue de faire modifier la mission de l'expert désigné.

28. M. CASTERMANS, *Gerechthelijk Privaatrecht*, Gent, Story Publishers, 2009, 63, n° 85.

29. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., *Gerechthelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2002, feuillets, <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>.

Jugements mixtes

Un jugement mixte est un jugement partiellement définitif et partiellement avant dire droit.

Un exemple de jugement mixte est le jugement où la demande a été déclarée recevable mais ordonne une mesure d’instruction pour autant que la recevabilité ait été contestée. Si la recevabilité n’a pas été contestée, ce jugement est seulement un jugement avant dire droit.

Dès que pareil jugement a été rendu, l’appel peut être formé dans le délai habituel, du moins en ce qui concerne les aspects à propos desquels le juge épuise sa juridiction dans ce jugement³⁰.

Jugement sur la compétence : article 1050, alinéa 2, du Code judiciaire

Bien qu’en vertu de l’article 1050, alinéa premier, du Code judiciaire, l’appel puisse être formé en toutes matières dès la prononciation du jugement, même si celui-ci est une décision avant dire droit ou s’il a été rendu par défaut, le même article stipule en son alinéa 2 que, contre une décision rendue sur la compétence, un appel ne peut être formé qu’avec l’appel contre le jugement définitif³¹. Cette disposition a été instaurée par l’article 42 de la loi du 3 août 1992³².

Par ailleurs, l’article 1055 du Code judiciaire stipule que, même s’il a été exécuté sans réserves, tout jugement avant dire droit ou statuant sur la compétence peut être frappé d’appel avec le jugement définitif. Il est généralement admis que le terme porte uniquement sur la “compétence” proprement dite et non sur la “juridiction”. Il s’agit du pouvoir de dire droit qui concerne l’exercice du pouvoir judiciaire tandis que la “compétence” porte sur le pouvoir que le législateur confère à un juge pour prendre connaissance d’une certaine revendication.

Certes, ce type de jugement mérite d’être mentionné mais, l’INAMI n’y étant confronté que dans une moindre mesure, ce thème ne sera pas exposé plus en détail.

EXCEPTIONS : L’APPEL N’EST PAS POSSIBLE

Des recherches plus approfondies ont révélé que le législateur avait, pour divers motifs, exclu de nombreuses décisions du droit d’appel. Dans le cadre de la présente étude, qui se focalise essentiellement sur l’INAMI, il (nous) a semblé superflu d’en faire une énumération exhaustive, les cas exceptionnels étant peu pertinents pour l’Institut.

Ce qui suit est un aperçu succinct de certains cas exceptionnels qui pourraient être pertinents dans le cadre des litiges relatifs à l’assurance obligatoire des soins de santé et indemnités.

L’appel n’est pas possible contre^{33 34} :

- les décisions d’ordre (art. 1046 du C. jud.)
- les jugements d’accord, à moins que l’accord n’ait pas été légalement formé (art. 1043 du C. jud.)³⁵
- les ordonnances de mise en état (art. 747, § 2, al. 4 et art. 748, § 2, al. 5 du C. jud.)
- la décision prononçant la clôture des débats (art. 769 du C. jud.)

30. Cass. 11.03.2004, P&B 2004, 20 avec note S. MOSSELMANS, Hoger beroep tegen een gemengd tussenvonniss na het eindvonniss.

31. E. BREWAEYS, “t’ls maar een woord? Het eindvonniss van art. 1050, 2de lid, Ger. W.”, RABG 2006, afl. 5, 364, note Cass. 24.06.2005.

32. Loi du 03.08.1992 modifiant le C. jud. (M.B. 31.08.1992).

33. M. CASTERMANS, *Gerechtelijk privaatrecht*, Gent, Story-Scientia, 2009, 623 e.v.

34. Pour un aperçu plus détaillé : P. VAN RILLAER, Commentaar bij artikel 1050 Ger. W., in X., *Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2002, feuillets, <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>.

35. Attention : une partie ne peut renoncer aux règles en matière d’appel car ces règles sont d’ordre public.

- la décision prononçant la réouverture des débats (art. 776 du C. jud.). *A contrario* l'appel est néanmoins possible contre des décisions où les débats sont rouverts d'office
- le jugement ordonnant la production de documents (art. 880, al. 2 du C. jud.). Lorsqu'un jugement non seulement ordonne la production de documents mais déclare aussi la demande recevable, alors que la recevabilité de l'action a été contestée, ce jugement peut être frappé d'appel³⁶
- les ordonnances sur référé par défaut, si elles sont contestées par opposition (art. 1039 du C. jud.). Après la prononciation sur l'opposition, l'appel peut cependant être formé.

Une autre exception au principe selon lequel tout jugement peut être frappé d'appel est prévue à l'article 617 du Code judiciaire, en vertu duquel le législateur subordonne la possibilité d'interjeter appel au montant du litige³⁷. En ce qui concerne l'INAMI, l'article 617 du Code judiciaire n'est pratiquement pas applicable étant donné que cette disposition n'est pas valable pour les jugements des tribunaux du travail. Ces jugements peuvent toujours être frappés d'appel³⁸.

c. Parties pouvant interjeter appel

Le souhait d'une partie d'interjeter appel d'un jugement du juge de première instance n'est pas suffisant pour pouvoir entamer des démarches ultérieures en l'espèce. La partie en question doit disposer de certaines caractéristiques pour pouvoir interjeter appel.

L'article 17 du Code judiciaire stipule que l'action ne peut être admise si le demandeur n'a pas qualité et intérêt pour la former. Les mêmes conditions s'appliquent pour interjeter appel. L'appelant doit avoir la qualité requise et l'intérêt requis pour interjeter appel³⁹. Le juge doit vérifier d'office si ces conditions sont remplies⁴⁰.

QUALITÉ

L'INAMI ou une autre partie a la qualité requise s'il/si elle était partie à la cause en première instance, soit comme partie demanderesse, soit comme partie défenderesse ou partie intervenante. Il n'est pas requis que cette partie, représentée ou non par son avocat, ait comparu ou ait formé un contredit par voie de conclusions⁴¹.

Ce principe est néanmoins assorti d'une exception non sans importance pour les litiges relatifs à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités. L'article 1052 du Code judiciaire stipule en effet que le procureur général ou l'auditeur du travail peuvent en tout cas interjeter appel des décisions rendues par les tribunaux du travail dans les matières prévues aux articles 578, 7^o, 580, 581, 582, 1^o et 2^o et 583 du Code judiciaire.

Si l'INAMI n'était pas partie à la cause mais s'estime lésé dans ses droits par le jugement de première instance, il ne peut interjeter appel. Dans pareille situation, seule la tierce opposition est possible, comme stipulé aux articles 1122 et suivants du Code judiciaire. Il est également possible, dans le cas où l'INAMI n'était pas partie à la cause en première instance, qu'une des parties, par exemple l'organisme assureur, interjette appel et que l'INAMI alors contraint, puisse intervenir en appel (cf. infra).

36. P. BOGAERTS, Overlegging van stukken, in Bestendig handboek burgerlijk procesrecht, Mechelen, Kluwer, feuillets VII.2-23.

37. M. CASTERMANS, *Gerechtelijk privaatrecht*, Gent, Story-Scientia, 2009, 625, n° 963.

38. *Ibid.*, n° 964.

39. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., *Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2002, feuillets, <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>.

40. M. CASTERMANS, *Gerechtelijk privaatrecht*, Gent, Story-scientia, 2009, 629, n° 971.

41. M. CASTERMANS, O.c., n° 972.

INTÉRÊT

Principe

Afin que l'INAMI ou la partie adverse puisse néanmoins interjeter appel, il est requis qu'il/elle ait non seulement la qualité requise mais aussi l'intérêt requis⁴².

L'intérêt dont question à l'article 17 du Code judiciaire est une condition requise pour l'admissibilité ou la recevabilité d'une demande. L'article 17 stipule de manière générale que chaque partie, qui forme une demande, doit avoir un intérêt. L'article 17 illustre donc l'adage "sans intérêt pas d'action"⁴³. Conformément à l'article 18 du Code judiciaire, cet intérêt doit être né et actuel.

La notion d'intérêt n'est hélas pas définie dans le Code judiciaire⁴⁴. On considère traditionnellement que l'appelant ne peut faire valoir un intérêt pour interjeter appel que si tout ou partie de ses demandes telles que formulées dans les conclusions devant le premier juge ont été rejetées⁴⁵. L'intérêt réside dans le préjudice que l'appelant a subi du fait du dispositif du jugement⁴⁶. Ce préjudice doit être apprécié de manière concrète⁴⁷. En l'espèce, seul le dictum du jugement est pertinent et donc pas la motivation préalable qui ne correspondrait éventuellement pas intégralement à l'avis de l'appelant⁴⁸.

L'intérêt de droit matériel correspond à l'intérêt qu'a l'appelant, en interjetant appel, d'annuler le préjudice qu'occasionne le jugement contesté à sa situation matérielle⁴⁹. La partie dont l'action a été rejetée intégralement ou partiellement a, dans cette interprétation, un intérêt matériel d'interjeter appel⁵⁰.

Conditions

- **L'intérêt doit être légitime**

L'appelant ne peut faire valoir qu'un intérêt juridiquement protégé⁵¹. L'avantage visé par l'appel formé ne peut donc être contraire au droit.

- **L'intérêt doit être concret et positif**

Cet intérêt est présent dès qu'il appert qu'une personne peut, en interjetant appel, obtenir un avantage ou peut éviter une perte⁵².

42. C.T. Mons, 11.09.2008, R.G. 17921, L. G. c./ O.A .et INAMI, B.I.-INAMI, 2008/4, 586-587.

43. M. CASTERMANS, *Gerechtigd privaatrecht*, Gent, Story-Scientia, 2009, 629, n° 972.

44. P. VANLERSBERGHE, *Het belang als toelaatbaarheidsvereiste voor het instellen van tussenvorderingen*, in M.L. STORME, P. TAELEMAN, *Het proces in meervoud*, Bruxelles, Kluwer, 1997, 53.

45. P. VANLERSBERGHE, "Belang vereist voor het instellen van een ontvankelijk hoger beroep", RABG 2006, afl. 18, 1383, note Cass. 15.09.2006, Arr. Cass. 2006, afl. 9, 1747.

46. G. CLOSSET-MARCHAL, J.-F. VAN DROOGHENBROECK, S. UHLIG et A. DECROES, « Droit judiciaire privé. Les voies de recours. Examen de jurisprudence (1993-2005) », RJC 2006, n° 159, p. 190-191.

47. S. BERNEMAN, "Het belang als toelaatbaarheidsvereiste in hoger beroep", RABG 2007, afl. 17, 1169, note Cass. 09.03.2007.

48. Ibidem.

49. P. VANLERSBERGHE, "Belang vereist voor het instellen van een ontvankelijk hoger beroep", RABG 2006, afl. 18, 1383, note Cass. 15.09.2006, Arr. Cass. 2006, afl. 9, 1747 ; K. BROECKX, *Het recht op hoger beroep en het beginsel van de dubbele aanleg*, Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 1995, 65, n° 115.

50. C.T. Bruxelles, 16.12.2010, R.G. 2010/CB/3, JTT 2011, afl. 1102, 291.

51. P. VANLERSBERGHE, *Het belang als toelaatbaarheidsvereiste voor het instellen van tussenvorderingen*, in M.L. STORME, P. TAELEMAN, *Het proces in meervoud*, Brussel, Kluwer, 1997, 53, avec référence à J. VERLINDEN, "Het belang als ontvankelijkheidsvereiste van de rechtsoverdracht (art. 17 et 18 C. jud.)", *Jura Falc.*, 1987-1988, 20-21.

52. Ibid. avec référence à Cass. 08.04.1983, Pas. 1983, I, 841 ; cf. néanmoins Cass., 11.05.1989, Pas. 1989, I, 956.

• L'intérêt doit être né et actuel

Dans le contexte d'un intérêt né et actuel, il suffit qu'une partie ait été condamnée par le juge en première instance pour prouver l'intérêt d'interjeter appel, quelle que soit la position adoptée par l'appelant en première instance⁵³.

La notion d'intérêt "né et actuel" a entre-temps généré une casuistique au sein de l'INAMI :

- le Tribunal du travail de Nivelles a estimé, dans son jugement du 27 novembre 1978, que le fait qu'un tiers, en l'occurrence l'INAMI, intervienne dans un litige opposant un assuré à sa mutualité, dans le seul but de faire déclarer l'action de cet assuré téméraire et vexatoire, n'est pas suffisant pour faire accepter dans le chef de ce tiers un intérêt né et actuel tel que visé dans les articles 17 et 18 du Code judiciaire⁵⁴
- la citation en intervention qu'un organisme assureur notifie à l'INAMI est également irrecevable à défaut d'intérêt né et actuel lorsque le litige oppose l'assuré et son organisme assureur et porte sur la décision d'un médecin-conseil⁵⁵
- l'article 18, alinéa premier, du Code judiciaire ne subordonne pas l'existence d'un intérêt né et actuel d'interjeter appel à l'absence d'action intentée par un autre détenteur du droit dont la méconnaissance est alléguée⁵⁶.

• L'intérêt doit être personnel

Cette condition signifie que l'appelant doit finalement avoir un intérêt qui lui est propre.

Si l'appelant est une personne morale, soit de droit privé, soit de droit public comme l'INAMI, cet intérêt ne comprend que ce qui concerne l'existence de la personne morale, ses biens patrimoniaux et ses droits moraux, spécialement son patrimoine, son honneur et sa réputation⁵⁷.

La condition de l'intérêt personnel implique que personne ne peut ester en justice dans l'intérêt d'une autre personne (sauf dans l'hypothèse de la représentation), dans l'intérêt général ou pour défendre un intérêt collectif⁵⁸.

Évaluation de l'intérêt

L'intérêt est apprécié en fonction du moment où la demande est introduite. Ensuite, l'objectif est que l'intérêt ne soit pas uniquement présent au moment d'ester en justice mais aussi pendant toute la procédure. Si la condition d'admissibilité devait disparaître en cours de procédure, le juge devra éventuellement constater que l'action est désormais devenue sans objet⁵⁹.

Pour exemple, citons un extrait de la jurisprudence : *"L'appel, interjeté contre une partie qui a été mise hors de cause à juste titre en première instance ne peut être admis à défaut d'intérêt dans le chef de l'appelant et à défaut de qualité dans le chef de la partie intimée qui, en première instance, a été mise hors de cause"*⁶⁰.

53. G. CLOSSET-MARCHAL, J.-F. VAN DROOGHENBROECK, S. UHLIG et A. DECROES, "Droit judiciaire privé. Les voies de recours. Examen de jurisprudence (1993-2005)", RJC 2006, n° 159, p. 192.

54. Trib.trav. Nivelles, 27.11.1978, R.G. 7675/N, V. c./ O.A. en présence de l'INAMI, Répertoire de jurisprudence, 9.3.1.1., n° 1.

55. Trib.trav. Namur, 28.04.1998, R.G. 93.801, C. J. c./ O.A. et INAMI, Répertoire de jurisprudence, 9.3.1.1., n° 6.

56. Cass. 07.01.2013, arrêt n° S.11.0024.F, http://jure.juridat.just.fgov.be/pdfapp/download_blob?dpdf=N-20130107-5.

57. S. BEERNAERT, "Het belang als ontvankelijkheidsvereiste bij de gewone rechter, de Raad van State en het Arbitragehof", P&B 2000, 161.

58. C. IDOMON, "Het persoonlijk belang van een rechtspersoon om een rechtsovereenkomst voor de hoven en rechtbanken in te stellen", P&B 2008, 227.

59. P. VANLERSBERGHE, "Het belang als toelaatbaarheidsvereiste voor het instellen van tussenvorderingen", in M.L. STORME, P. TAELEMAN, Het proces in meervoud, Brussel, Kluwer, 1997, 55.

60. C.T. Gand, 16.03.2006, R.G. 2004/335, L. L. c./ O.A. et INAMI, B.I.-INAMI 2006/2, 249.

d. Parties contre lesquelles l'appel peut être formé

La plupart des difficultés liées aux parties à la procédure se manifestent en degré d'appel. Dès qu'une partie décide d'interjeter appel, la question se pose de savoir contre qui. En effet, l'appelant ne peut interjeter appel contre n'importe quelle partie.

Seul l'appelant peut, conformément à l'article 1057, 3°, du Code judiciaire, désigner la/les partie(s) intimée(s). Pour avoir la qualité d'intimé, une partie doit avoir comparu devant l'appelant en première instance, en personne ou représentée.

Pour qu'une partie interjette appel valablement (appel principal ou incident), il est cependant requis qu'un lien juridique ait existé en premier instance entre elle et l'/les intimé(s). Cela signifie que l'appelant devra formuler une ou plusieurs demandes à l'encontre des intimés. Le lien juridique dont il est question existe si les parties ont conclu l'une contre l'autre, devenant de ce fait des parties adverses⁶¹.

Dans un arrêt du 10 octobre 2002⁶², la Cour de cassation précise quand des parties ont conclu l'une contre l'autre. Lorsque la partie citée dirige ses conclusions directement contre la partie demanderesse de la demande principale ou se rallie aux moyens de défense invoqués par la partie défenderesse de la demande principale en contestation des prétentions de la partie demanderesse de la demande principale qui font également l'objet de la demande en garantie.⁶³ L'auteur B. ALLEMEERSCH estime qu'on peut conclure de cet arrêt qu'un lien juridique existe entre parties lorsqu'une partie conteste les prétentions de l'autre partie, soit en développant elle-même directement sa défense, soit en se ralliant aux moyens de défense de la partie adverse.⁶⁴

Enfin, la Cour du travail de Gand a établi que lorsque l'assuré, en première instance, a uniquement contesté la décision de l'INASTI, et que l'INAMI n'a pas été associé à la cause, l'appel formé contre cette partie est irrecevable.⁶⁵

e. L'appel et la partie intervenante

L'INAMI est souvent confronté à la problématique de l'intervention ou non des organismes assureurs dans des litiges qui opposent un assuré social à l'INAMI ou, inversement, de l'intervention de l'INAMI dans des litiges qui opposent un assuré social à l'organisme assureur. L'INAMI est également confronté à des litiges dans lesquels il n'est pas intervenu alors qu'il aurait, en fait, dû être partie à la cause.

Après un bref rappel des principes et dispositions du Code judiciaire, le présent chapitre se focalisera davantage sur des problèmes spécifiques qui peuvent se présenter lorsque le litige est traité en appel.

BREF RAPPEL DES PRINCIPES ET DISPOSITIONS DU CODE JUDICIAIRE

Selon l'article 15 du Code judiciaire, l'intervention est une "procédure" (demande en intervention) par laquelle un tiers devient partie à la cause. Elle tend soit à la sauvegarde des intérêts de l'intervenant en cause, soit à faire prononcer une condamnation ou ordonner une garantie.

61. Ibid., avec référence à P. TAELEMAN, K. PITEUS, *Dynamiek en evolutie van het geding in hoger beroep*, in X., *Goed procesrecht - Goed procederen 2002-2003*, Mechelen, Kluwer, 2004, n° 10.

62. Cass. 10.10.2002, arrêt n° C.990516.N, RW 2002-2003, 1258.

63. M. CASTERMANS, *Gerechtelijk privaatrecht*, Gent, Story-scientia, 2009, 631-632, n° 976 avec référence à Cass. 10.10.2002, RW 2002-2003, 1258 avec note B. ALLEMEERSCH.


64. Ibid., 632, n° 976 avec référence à B. ALLEMEERSCH, "Hoger beroep in meerpartijgeschillen: over het begrip "partij" en het vereiste van het bestaan van een rechtsband", note sous Cass. 10.10.2002, RW 2002-2003, 1259.

65. C.T. Gand, 22.02.2011, R.G. 2010/AG/120.

Les dispositions générales applicables en matière d'intervention sont réglées par les articles 811 à 814 inclus du Code judiciaire.

L'article 812, alinéa premier, du Code judiciaire stipule que l'intervention peut avoir lieu devant toutes les juridictions, quelle que soit la forme de la procédure, sans néanmoins que des actes d'instruction déjà ordonnés puissent nuire aux droits de la défense.

L'article 811 du Code judiciaire dispose en outre qu'il n'appartient en principe pas au juge de prendre l'initiative.⁶⁶ Le juge ne peut ordonner d'office la mise en cause d'un tiers du fait de l'autonomie procédurale et plus particulièrement du droit des parties à déterminer elles-mêmes les limites du litige en matière civile.⁶⁷ La jurisprudence de la Cour de cassation ajoute néanmoins que cela n'empêche pas que le juge, en matière de responsabilité civile, attire l'attention sur l'éventuelle implication de tiers et ordonne la réouverture des débats en vue de permettre aux parties d'appeler ces tiers à la cause.^{68 69}

 L'objectif de l'intervention peut varier.

- défendre les intérêts de cet intervenant
- sauvegarder les intérêts d'une partie déjà en cause
- faire prononcer une condamnation
- faire ordonner une garantie.

Dans les deux premiers cas, il s'agit d'une intervention conservatoire qui peut s'exercer pour la première fois en degré d'appel.⁷⁰ Dans les deux derniers cas, il s'agit d'une intervention agressive qui ne peut s'exercer pour la première fois en degré d'appel (art. 812, al. 2, du C. jud.).⁷¹

Conformément à l'article 16 du Code judiciaire, l'intervention est volontaire lorsque le tiers se présente afin de défendre ses intérêts. L'article 813 du Code judiciaire stipule que l'intervention est formée par requête qui contient, à peine de nullité, les moyens et conclusions. Toutefois, l'intervention peut également être forcée lorsque le tiers est cité au cours d'une procédure par une ou plusieurs parties.

66. C.T. Liège, 26.09.1986, B.I.-INAMI 1987/4, 264 ; C.T. Liège, 24.10.1989, B.I.-INAMI 1990/1, 47 ; C.T. Liège, 16.03.1990, B.I.-INAMI 1990/3, 371 ; C.T. Liège, 23.03.1990, B.I.-INAMI 1990/3, 374 ; C.T. Liège, 08.05.1992, Répertoire de la jurisprudence INAMI 9.3, n° 9.

67. Cass. 18.05.1998, R.G. S. 97.0159.F, INAMI c./V.D. et O.A., B.I.-INAMI 1998/4, 529, JTT 1998, 444 et RW 1998-1999 (abrégé), 1262.

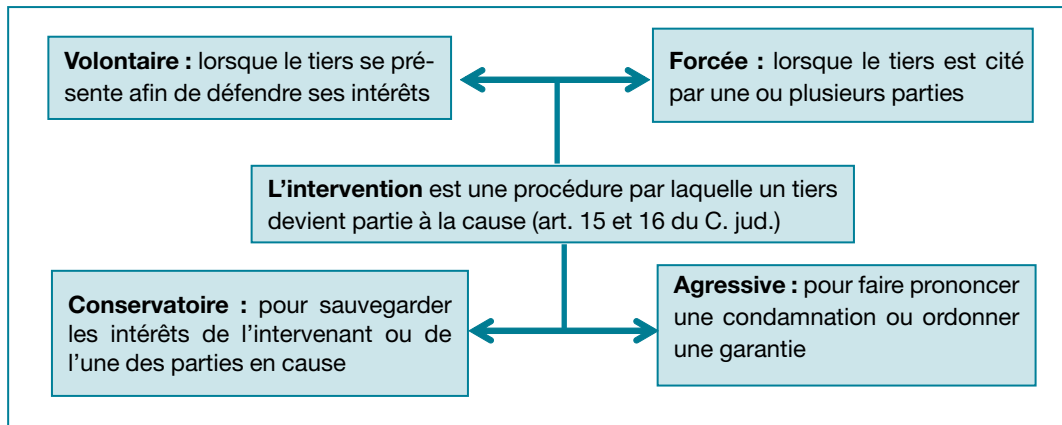
68. Cass. 03.04.2006, P&B 2007, 19.

69. S. MOSSELMANS, *Tussenvorderingen in het civiele geding*, Mechelen, Kluwer, 2007, 39-40.

70. Cass. 28.10.1994, R.G. C. 93.0069.N, Arr. Cass. 1994, 894 : "En matière civile, une partie peut intervenir pour la première fois en degré d'appel si elle se borne à appuyer la thèse d'une autre partie et si son intervention ne tend pas à obtenir une condamnation. (Art. 812 du C. jud.)".

71. Cass. 11.01.2001, R.G. C.99.0388.Fv, Arr. Cass. 2001, 60 : "En matière civile, l'intervention forcée d'une partie s'exerçant pour la première fois en degré d'appel ne peut tendre à obtenir sa condamnation".

Enfin, l'article 814 du Code judiciaire prescrit que l'intervention ne peut retarder le jugement de la cause principale.



CONDITIONS DE RECEVABILITÉ

La recevabilité d'une demande en intervention volontaire émanant de l'INAMI

Pour être recevable, une demande en intervention volontaire doit être justifiée par un intérêt légitime, actuel et personnel, matériel ou moral. La jurisprudence se montre très restrictive lors de l'appréciation dudit intérêt. Le seul fait pour un tiers d'intervenir dans un litige opposant un assuré social à sa mutuelle, dans le seul but d'entendre déclarer l'action intentée téméraire et vexatoire, est insuffisant pour pouvoir parler dans le chef de ce tiers d'un intérêt actuel.⁷²

Par contre, il est admis que l'INAMI peut faire valoir un intérêt moral étant donné qu'il est chargé de l'administration de l'assurance maladie-invalidité et du contrôle administratif des prestations, lequel porte sur le respect des dispositions légales et réglementaires.⁷³

La recevabilité d'une demande en intervention forcée dans le chef de l'INAMI

◦ Absence d'intérêt

La partie adverse, quelle qu'elle soit, doit démontrer un intérêt légitime, actuel et personnel, matériel ou moral lorsqu'elle souhaite forcer l'INAMI à intervenir dans le litige. La jurisprudence se montre, ici aussi, très restrictive dans son appréciation :

- étant donné que l'INAMI n'avait pris aucune décision mais avait uniquement confirmé la position de l'organisme assureur, laquelle n'a fait l'objet d'aucun recours, l'action mue contre l'INAMI doit être déclarée non recevable par défaut d'intérêt né et actuel⁷⁴

72. C.T. Nivelles, 27.11.1978, R.J. INAMI (Intranet), 9.3.1.1, n° 1.

73. Cass. 01.03.1993, R.J. INAMI (Intranet), 9.3.3., n° 2.

74. C.T. Mons, 19.04.1984, R.G. 6587, Ministère public c./ L. F. et INAMI, R.J. INAMI (Intranet), 3.2., n° 13.

- le seul fait que l'incapacité de travail dépasse la durée de l'incapacité primaire, ce qui entraîne l'entrée en invalidité, ne suffit pas à justifier un intérêt à voir déclarer l'arrêt commun dans la mesure où l'INAMI ne peut en toute hypothèse remettre en cause la prise en charge de l'incapacité en prenant une décision qui refuserait rétroactivement l'entrée en invalidité.⁷⁵
- **Respect des droits de la défense et intervention agressive interdite en degré d'appel**

La différence entre une intervention agressive et une intervention conservatoire est essentielle lors de l'examen des conditions de recevabilité de la demande d'intervention, étant donné qu'une intervention agressive ne peut jamais avoir lieu en degré d'appel alors qu'une intervention conservatoire (en première instance et en degré d'appel) ou agressive (en première instance) est recevable pour autant que les droits de la défense soient respectés.

Ce n'est pas parce qu'une requête est qualifiée de conservatoire que c'est effectivement le cas. Dès que la requête a été introduite ou lors de la procédure, il convient de vérifier si la requête a été qualifiée correctement et si elle répond aux conditions de l'article 812 du Code judiciaire. Voici déjà quelques exemples issus de la jurisprudence :

- une demande en garantie ne constitue pas une demande en intervention conservatoire qui peut être introduite pour la première fois en degré d'appel, même lorsque cette demande en garantie s'appuie sur un fait ou un acte invoqué dans la citation par le demandeur originaire⁷⁶
- la demande tendant à ce qu'une décision judiciaire à rendre soit déclarée commune a pour seul but d'empêcher que le défendeur à cette demande puisse éventuellement, dans un litige subséquent l'opposant au demandeur, objecter que cette décision ne lui est pas opposable.⁷⁷

Il est donc essentiel d'examiner l'objet de la demande étant donné que seules les demandes qui n'ont pas pour objet de faire prononcer une condamnation sont recevables si elles sont formulées en degré d'appel.

L'irrecevabilité d'une intervention agressive, tendant certes à obtenir une condamnation, doit être soulevée par la partie défenderesse intervenant devant le juge du fond. Dans son arrêt du 20 septembre 1995, la Cour de cassation a jugé que l'article 812, alinéa 2, n'est pas d'ordre public, de sorte qu'un moyen qui allègue pour la première fois en cassation que l'intervention tendant à obtenir une condamnation n'est pas recevable en degré d'appel, est nouveau et donc irrecevable.⁷⁸

L'article 812, alinéa premier, du Code judiciaire stipule que l'intervention peut avoir lieu devant toutes les juridictions, quelle que soit la forme de la procédure, sans néanmoins que des actes d'instruction déjà ordonnés puissent nuire aux droits de la défense. Dans le cas d'une intervention agressive en première instance ou d'une intervention conservatoire (en première instance ou en appel), il ne faut jamais perdre de vue le principe des droits de la défense et en examiner l'intérêt :

- en matière civile, une partie peut intervenir pour la première fois en degré d'appel lorsqu'elle se borne à se rallier à la thèse d'une autre partie et que son intervention ne tend pas à obtenir une condamnation⁷⁹

75. C.T. Liège, 26.09.1986, B.I.-INAMI 1987/4, 264 ; C.T. Liège, 24.10.1989, B.I.-INAMI 1990/1, 47 ; C.T. Liège, 16.03.1990, B.I.-INAMI 1990/4, 371 ; C.T. Liège, 23.03.1990, B.I.-INAMI 1990/4, 374 ; C.T. Liège, 08.05.1992, R.J. INAMI (Intranet), 9.3.1.1., n° 5.

76. Cass. 29.10.2004, R.G. C. 02.0406.N, W.A. c./ Naamloze Vennootschap der Graanmagazijnen van Antwerpen.

77. Cass. 09.11.1992, R.G. 9476, Pas., 1241.

78. Cass. 20.09.1995, R.G. P.95.0272.F, Arr. Cass. 1995, 802, Fonds commun de garantie c./ Lex.

79. Cass. 05.02.1998, R.G. C.94.0282.N, Arr. Cass. 1998, 71, Baeyens c./ Province d'Anvers.

- l'article 812 du Code judiciaire permet à celui qui est appelé en intervention de refuser le débat lorsque ses droits de défense ne sont pas saufs, notamment lorsque sa défense serait compromise en raison d'une décision déjà acquise⁸⁰
- l'article 812 du Code judiciaire ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, en ce sens qu'il autorise la citation en intervention forcée en déclaration de jugement commun, faite pour la première fois en degré d'appel, d'un tiers qui a un intérêt à sauvegarder dans une question litigieuse sur laquelle il doit être statué.⁸¹

3. L'acte d'appel

Après qu'une partie, qui dispose de la qualité nécessaire et de l'intérêt requis, a décidé d'interjeter appel, c'est au tour de l'acte d'appel d'être utilisé comme instrument permettant de communiquer effectivement ladite décision à la (aux) partie(s) adverse(s).

Ce chapitre passe en revue les règles de base relatives à la compétence décisionnelle de l'INAMI d'ester en justice et sa représentation. Les différentes manières de former appel ainsi que les mentions obligatoires que doit contenir un acte d'appel juridiquement valable sont présentées ci-après.

a. La décision d'ester en justice et la représentation en justice de l'INAMI

Tant dans la doctrine que dans la jurisprudence, une distinction est faite entre, d'une part, les organes compétents qui prennent la décision d'ester en justice et, d'autre part, la représentation de l'INAMI devant les juridictions.

Conformément à l'article 703, alinéa premier, du Code judiciaire, les personnes morales agissent en justice à l'intervention de leurs organes compétents. Par conséquent, l'organe compétent est celui qui a la compétence décisionnelle d'ester en justice dans le cadre de ses compétences.

Selon l'article 440, alinéa 2, du Code judiciaire, l'avocat comparaît comme fondé de pouvoirs sans avoir à justifier d'aucune procuration, sauf lorsque la loi exige un mandat spécial. Sauf en cas de mandat spécial, l'avocat qui déclare dans un acte de procédure intervenir au nom d'une personne morale, suffisamment identifiée par la mention de sa dénomination, son caractère juridique et son siège social, est légalement présumé avoir reçu à cet effet un mandat régulier d'un organe compétent de cette personne morale qui est également réputé avoir décidé valablement d'ester en justice.

La présomption de l'article 440, alinéa 2, est une présomption réfutable. Cela signifie que l'avocat ne doit pas prouver son mandat mais que la charge de la preuve incombe à la partie qui souhaite infirmer cette présomption.⁸²

Le fait que l'avocat comparaît comme fondé de pouvoirs de l'INAMI soulève deux questions. Il y a, d'une part, la question de savoir qui, au sein de l'INAMI, est compétent pour décider d'ester en justice et, d'autre part, la question de savoir qui, au sein de l'INAMI, donne procuration à l'avocat pour comparaître en son nom et poser tous les autres actes de procédure. La première question concerne l'intervention de l'INAMI en tant que personne morale de droit public, l'autre question concerne l'intervention de l'avocat, à savoir la pose d'actes juridiques nécessaires comme la formation de l'appel.

80. Cass. 04.01.1984, R.G. 3054, Arr. Cass. 1983-1984, 498-500.

81. C. const. 18.04.2001, arrêt n° 47/2001, R.G. 1881, <http://www.const-court.be/public/f/2001/2001-047f.pdf>.

82. Cass. 12.11.2008, JT 2009, 324-327.

La Cour de cassation ne fait toutefois pas cette distinction pour l'application de l'article 440 du Code judiciaire.⁸³ Selon la jurisprudence constante de la Cour de cassation⁸⁴, un avocat qui, devant une juridiction d'ordre judiciaire, pose un acte juridique et qui déclare, dans l'acte de procédure, intervenir au nom d'une personne morale convenablement identifiée par la mention de sa dénomination, son caractère juridique et son siège social, est légalement présumé avoir reçu à cet effet un mandat régulier de la part de l'organe compétent.

Dans plusieurs litiges, des parties adverses avaient soulevé l'argument selon lequel que l'appel formé par l'INAMI devrait être déclaré irrecevable, en alléguant que les organes de l'INAMI qui avaient pris la décision de former appel n'étaient pas compétents pour le faire.

La Cour du travail de Bruxelles a à chaque fois confirmé la position de l'INAMI en stipulant dans ses arrêts que l'appel de l'INAMI devait être déclaré recevable compte tenu du fait que son avocat dispose d'un mandat *ad litem* et que les intimés n'ont pas pu apporter suffisamment de preuves permettant de réfuter la présomption légale prévue à l'article 440, alinéa 2, du Code judiciaire.⁸⁵

b. La manière de former appel

Quiconque souhaite former appel, doit tout d'abord décider de quelle manière il compte s'y prendre.

L'article 1056 du Code judiciaire passe en revue les différentes manières de former appel.

Cet article prévoit 4 manières différentes, à savoir par acte d'huissier de justice, par requête, par lettre recommandée à la poste et par conclusions.

L'ACTE D'HUISSIER DE JUSTICE

Une première manière pour former un appel est par acte d'huissier de justice signifié à la partie adverse. Si l'appel est ainsi formé, l'appel est interjeté le jour de la signification de l'exploit d'huissier, à condition que l'affaire soit inscrite au rôle et moyennant paiement du droit de rôle.⁸⁶

LA REQUÊTE

L'appel peut également être formé par requête, certes contradictoire. La requête est déposée au greffe en autant d'exemplaires qu'il y a de parties. La date de dépôt au greffe vaut comme date à laquelle l'appel a été interjeté.

L'article 1056, 2°, du Code judiciaire ne précise pas la manière dont la requête d'appel doit être déposée au greffe, ce qui laisse bien évidemment place à l'interprétation. Il n'est nullement obligatoire de déposer en personne la requête au greffe.

83. S. MOSSELMANS, "Het mandaat ad litem van rechtspersonen en de regelmatigheid van de beslissing van de rechtspersoon om in rechte op te treden", P&B 2007, 350.

84. Cass. 12.11.2008, JT 2009, 324-327.

85. C.T. Bruxelles, 19.03.2009, R.G. 2007/AB/50087 (publié) ; C.T. Bruxelles, 02.09.2010, R.G. 2009/AB/51959 ; C.T. Bruxelles, 15.10.2010, R.G. 2009/AB/51899 ; C.T. Bruxelles, 30.06.2011, R.G. 2009/AB/52809 (+ réf. à la C. cass.).

86. M. CASTERMANS, *Gerechtelijk Privaatrecht*, Gent, Story-Scientia, 2009, 643, n° 997.

Une requête d'appel n'est pas une requête au sens de l'article 1034*bis* et suivants du Code judiciaire de sorte que la signature prescrite à peine de nullité à l'article 1034*ter* du Code judiciaire ne trouve pas à s'appliquer. Dans son arrêt du 17 mai 2000⁸⁷, la Cour constitutionnelle a en effet dit pour droit que ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, l'article 1056, 2°, combiné avec l'article 1057, du Code judiciaire, interprété en ce sens que l'article 1034*ter*, 6°, de ce Code, qui oblige le requérant ou son avocat à signer la requête à peine de nullité, n'est pas applicable aux requêtes d'appel.

LA LETTRE RECOMMANDÉE

Conformément à l'article 1056, 3°, du Code judiciaire, l'appel peut être formé par lettre recommandée à la poste pour autant que la loi le permette ainsi que dans les matières qui relèvent de la compétence du Tribunal du travail et qui sont prévues aux articles 579, 6°, 580, 2°, 3°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10° et 11°, 581, 2°, 582, 1° et 2° et 583 du Code judiciaire.

Lorsque l'appel est formé par lettre recommandée à la poste envoyée au greffe, la date de l'appel est la date de l'envoi de la lettre et non la date de sa présentation ou de sa réception. Ne constitue pas une violation des articles 10 et 11 de la Constitution, le fait que, lors de l'appel formé conformément à l'article 1056, 3°, du Code judiciaire, la date de l'appel n'est pas celle à laquelle la requête d'appel est envoyée mais bien celle à laquelle la requête est déposée conformément à l'article 1056, 2°, du Code judiciaire.⁸⁸

LA CONCLUSION

La dernière manière de former un appel est par voie de conclusions. Il est en effet faux de penser que cette méthode peut uniquement être utilisée lors de la formation d'un appel incident.

Lorsque l'appel est formé par conclusions, la date de dépôt de la conclusion au greffe est la date à laquelle l'appel est formé.⁸⁹

Si une formalité irrégulière est accomplie lors de la formation de l'appel, les articles 860 et suivants du Code judiciaire ne peuvent pas être invoqués pour déterminer la sanction. Lesdites dispositions ne sont en effet applicables qu'à l'égard d'actes de procédure prescrits à peine de nullité. La forme de l'acte d'appel n'est pas prescrite à peine de nullité.⁹⁰ Cela ne signifie pas pour autant que toute sanction est exclue. La jurisprudence offre une solution, par analogie avec la jurisprudence relative à l'introduction d'une action, de sorte que l'usage d'un acte erroné entraînera la non-admissibilité de l'appel. L'article 1056 du Code judiciaire est en effet une règle d'organisation judiciaire qui doit être respectée à peine d'irrecevabilité.⁹¹

c. Les mentions dans l'acte d'appel

Quiconque souhaite interjeter appel, doit, à peine de nullité, tenir compte de certaines mentions obligatoires lors de la rédaction de l'acte d'appel.

L'article 1057 du Code judiciaire donne un aperçu des mentions qu'un acte d'appel doit contenir à peine de nullité. Ladite disposition ne s'applique toutefois pas lorsque l'appel est formé par voie de conclusions.

87. C. const., 17.05.2000, arrêt n° 58/2000, R.G. 1669, <http://www.const-court.be/public/f/2000/2000-058f.pdf>.

88. C. const., 30.10.2001, M.B. 22.12.2001, p. 44.721.

89. M. CASTERMANS, *Gerechtigd privaatrecht*, Gent, *Story-scientia*, 644, n° 1000.

90. P. VANLERSBERGHE, "De akte van hoger beroep, de fax en de handtekening", *RABG* 2005, afl. 18, 1697.

91. *Ibidem*.

Les mentions obligatoires sont les suivantes :

1. L'indication des jour, mois et an : l'irrégularité ou l'omission concernant l'indication de la date entraîne, conformément à l'article 862, § 1^{er}, 3^o, du Code judiciaire, la nullité absolue lorsque celle-ci est nécessaire à l'appréciation des effets de l'acte⁹²
2. Les nom, prénom, profession et domicile de l'appelant
3. Les nom, prénom et domicile ou à défaut de domicile, la résidence de l'intimé en appel
- 4^o La détermination de la décision dont appel. Cela signifie que le juge qui a rendu le jugement doit être mentionné, de même que la date du jugement
5. L'indication du juge d'appel. Ladite disposition est également prescrite à peine de nullité absolue conformément à l'article 862, § 1^{er}, 4^o, du Code judiciaire. Il suffit en effet d'indiquer la juridiction qui est saisie de la cause
6. L'indication du lieu où l'intimé devra faire acter sa déclaration de comparution
7. L'énonciation des griefs (voir plus haut)
8. L'indication des lieu, jour et heure de la comparution, à moins que l'appel n'ait été formé par lettre recommandée, auquel cas les parties sont convoquées, par le greffier, à comparaître à l'audience fixée par le juge.

Outre ces mentions obligatoires prescrites à peine de nullité, il ne faut pas perdre de vue que l'acte d'appel doit toujours être rédigé dans la langue de la procédure.⁹³

Bizarrement, l'article 1057, du Code judiciaire, ne mentionne pas que la requête d'appel doit être signée. La signature ne peut pas non plus être déduite de l'article 1034^{ter}, 6^o, du Code judiciaire, étant donné que ladite disposition ne s'applique pas à la requête d'appel (voir plus haut). On peut en déduire que la signature de la requête d'appel n'est pas prescrite à peine de nullité.⁹⁴

Pour l'INAMI, une application importante dudit article est décrite dans l'arrêt du 11 mars 2009 de la Cour constitutionnelle.

Dans son arrêt, la Cour constitutionnelle a jugé que la disposition de l'article 1057 du Code judiciaire, dans la mesure où celle-ci peut amener à ce qu'un appel, formé par un assuré social, soit déclaré irrecevable en raison de la violation de l'article 1057 du Code judiciaire, a des effets disproportionnés. L'article 704, § 2, du Code judiciaire permet de former appel devant le Tribunal du travail par voie de requête qui n'est pas soumise à l'article 1034^{bis} et suivants du Code judiciaire (voir plus haut). Lorsque l'assuré social interjette appel d'une décision du Tribunal du travail, l'assuré n'est informé des exigences de forme auxquelles l'acte d'appel doit répondre ni par l'article 792, alinéa 3, du Code judiciaire, ni par une quelconque autre disposition du Code judiciaire. L'assuré social est ainsi, sans justification, traité de la même manière que la personne qui, dès le début de la procédure, devait répondre aux exigences de forme de l'article 1034^{ter} du Code judiciaire. En ce sens, l'article 1057 du Code judiciaire viole les articles 10 et 11 de la Constitution.⁹⁵

92. M. CASTERMANS, *Gerechtelijk privaatrecht*, Gent, Story-Scientia, 2009, 646, n° 1001.

93. Cass. 05.01.2012, R.G. C.10.0105.N, www.juridat.be.

94. C. A. 17.05.2000, n° 58/2000, M.B. 18.07.2000, p. 25.005 (question préjudicielle).

95. C. const., 11.03.2009, n° 51/2009, M.B. 05.05.2009, p. 35159.

Ledit arrêt a quand même eu un effet sur la méthode de travail des greffes des Tribunaux de travail qui communiquent les décisions aux parties à la cause. Lors de la notification du jugement, une lettre d'accompagnement est depuis lors systématiquement envoyée, contenant un aperçu des éventuelles voies de recours et de leurs exigences de forme spécifiques. L'utilisation de ladite lettre d'accompagnement existait déjà mais le jugement rendu par la Cour constitutionnelle a permis d'en intensifier l'utilisation, surtout en ce qui concerne la mention des griefs.

d. La motivation de l'acte d'appel : moyens et griefs

Auparavant, l'énonciation des griefs n'était pas toujours requise.⁹⁶ Cette obligation a été instaurée par l'article 34 de la loi du 3 août 1992 afin d'éviter des appels dilatoires.⁹⁷

L'article 1057, 7°, du Code judiciaire prescrit que l'acte d'appel doit contenir l'énoncé des griefs.

Des griefs peuvent être définis comme des objections de l'appelant à la décision contestée, les raisons pour lesquelles il se sent offensé par le jugement, les raisons pour lesquelles le jugement doit être réformé. Ils peuvent porter tant sur le fond de l'affaire que sur la procédure menée devant le premier juge.⁹⁸

Ils doivent être clairement mentionnés dans l'acte d'appel afin de permettre à l'intimé en appel de préparer ses conclusions ou sa défense et de permettre au juge d'appel d'en examiner la portée.⁹⁹ L'énoncé obligatoire des griefs a également pour but de faire réfléchir l'appelant sur le bien-fondé de sa décision d'interjeter appel.¹⁰⁰

Ces griefs doivent être décrits de manière telle que l'intimé sache avec certitude pour quelle(s) raison(s) l'appelant conteste la décision rendue afin qu'il puisse préparer et présenter sa défense. Les griefs seront également une indication pour le juge d'appel permettant d'orienter son enquête et sa décision. Cela signifie que les griefs doivent être suffisamment spécifiques, précis et clairs, sans pour autant qu'une énonciation détaillée soit nécessaire.¹⁰¹

Des formules générales vides de sens, comme la mention selon laquelle le premier juge a erronément rejeté la demande, une référence générale ou succincte à la décision du premier juge ou aux moyens exposés dans l'acte introductif, ne répondent toutefois pas aux exigences de la loi, tout comme une simple référence à la (aux) conclusion(s) prise(s) en première instance ou aux moyens à avancer ultérieurement en degré d'appel.¹⁰²

Les griefs doivent toutefois être distingués des moyens et arguments avancés pour appuyer ces griefs.

Lorsque l'appelant omet de mentionner les griefs ou de les formuler de manière suffisamment claire, cette omission est sanctionnée par une nullité de l'acte d'appel relative, à soulever *in limine litis*.¹⁰³

96. Voir l'ancien art. 1063 du C. jud. qui a été abrogé.

97. J. PETIT, *Sociaal procesrecht*, Brugge, Die Keure, 2007, 641, n° 633.

98. O.c., 648, n° 1001.

99. B. MAES, *Inleiding tot het burgerlijk procesrecht*, Bruges, Die Keure, 2006, 251 ; Cass. 02.05.2005, RW 2006-2007, 547 ; C. T. Mons, 22.05.2008, R.G. 19117, C. M. c./INAMI et O.A., B.I.-INAMI 2008/4, 585.

100. S. BERNEMAN, "Over nieuwe grieven, nieuwe middelen en nieuwe vorderingen in hoger beroep: what's in a name?", *RABG* 2008, afl. 11, 670-671, n° 2.

101. C. T. Anvers, 11.10.2007, R.G. 2060031, F. W. c./ INAMI, B.I.-INAMI 2008/1, 47 ; C. T. Liège, 09.01.2007, R.G. 33909/06, A. S. et G. C. c./ O.A., INAMI et SPF Sécurité sociale, B.I.-INAMI 2007/1, 50.

102. *Ibid.*, 671, n° 3 ; B. MAES, *Inleiding tot het burgerlijk procesrecht*, Bruges, Die Keure, 2006, 252 ; J. LAENENS, K. BROECKX et D. SCHEERS, *Handboek gerechtelijk recht*, Anvers, Intersentia, 2004, 547, n° 1176.

103. S. BERNEMAN, O.c., 672, randnr. 4 ; C. T. Anvers, 12.12.2006, R.G. 2050721, K. F. c./ O.A. et INAMI, B.I.-INAMI 2007/1, 51.

L'application ou non de ladite nullité sera appréciée à l'aide du critère "lésion d'intérêts" (art. 861 du C. jud.). La partie intimée devra démontrer sa lésion d'intérêts. La nullité susmentionnée est prononcée si trois conditions sont remplies :

1. l'intimé doit démontrer un dommage réel
2. l'intimé doit démontrer que la non-mention des griefs lui a causé un dommage
3. la nullité ne peut être proposée qu'*in limite litis*¹⁰⁴ (art. 864, al. 1, du C. jud.)

C'est entre autres le cas lorsque l'intimé ne peut pas, de ce fait, préparer sa défense.¹⁰⁵

Il convient, dans la foulée, de mener une réflexion sur l'arrêt déjà abordé du 11 mars 2009 de la Cour constitutionnelle (cf. *supra*) et sur la problématique connexe des griefs formulés à l'encontre de l'INAMI. Concrètement, en ce qui concerne l'énonciation des griefs, ledit arrêt stipule qu'un assuré social, en tant qu'appelant vis-à-vis de l'INAMI, n'est pas tenu de motiver son acte d'appel. Lorsque l'INAMI reçoit cet acte d'appel, il est d'autant plus difficile, voire impossible, de formuler une bonne défense, ce qui l'empêche de gérer efficacement le contentieux.

4. Le délai d'appel

Ce n'est pas tellement le délai d'appel qui pose problème mais bien la fixation du point de départ et de la date limite. Déterminer le point de départ et calculer ensuite ce délai est un exercice réfléchi. Il s'agit d'un point important vu que la formation de l'appel dans les délais fixés est une condition d'admissibilité pour cette voie de recours.¹⁰⁶

a. Délai d'appel

Article 1051 du Code judiciaire

Le délai pour interjeter appel est d'un mois à partir de la signification du jugement ou de la notification de celui-ci faite conformément à l'article 792, alinéas 2 et 3.

Ce délai court également du jour de cette signification, à l'égard de la partie qui a fait signifier le jugement.

Lorsqu'une des parties à qui le jugement est signifié ou à la requête de laquelle il a été signifié n'a en Belgique, ni domicile, ni résidence, ni domicile élu, le délai d'appel est augmenté conformément à l'article 55.

Il en va de même lorsqu'une des parties à qui jugement est notifié conformément à l'article 792, alinéas 2 et 3, n'a en Belgique, ni domicile, ni résidence, ni domicile élu.

Le principe est que l'appel peut être formé dès la prononciation du jugement (art. 1050, al. 1, du C. jud.). À cet effet, le législateur a prévu un délai qui, en principe, est d'un mois. Il s'agit d'un délai d'échéance.

104. Si des parties se sont déjà prononcées sur l'affaire, sans avoir opposé ce point, la nullité sera par conséquent couverte.

105. La sanction est la non-recevabilité de l'appel (C. T. Anvers, 14.11.1997, Chron. Dr. Soc. 1998, 198).

106. A. VANDERHAEGHEN, "Aanvang beroepstermijn", NJW 2009, afl. 204, 505-506.

Ce délai est en principe d'un mois, à partir de la signification du jugement (règle) ou de la notification de celui-ci faite conformément à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire, (dans les cas prévus par la loi).

b. Point de départ du délai

Sauf cas exceptionnel, le délai pour interjeter appel est d'un mois. Le point de départ est en principe la signification du jugement (art. 1051, al. 1, du C. jud.)¹⁰⁷, ou, exceptionnellement, la notification de celui-ci (art. 792, al. 2 et 3, du C. jud.)^{108 109}

LA SIGNIFICATION

En principe, le délai d'un mois prend cours à partir de la signification. Par signification, il faut entendre "la remise d'un original ou d'une copie de l'acte. Elle a lieu par exploit d'huissier ou, dans les cas déterminés par la loi, suivant les formes que celle-ci prescrit" (art. 32, al. 1, 1^o, du C. jud.).

L'article 1051, alinéa premier, du Code judiciaire est en fait une application de l'article 57 du Code judiciaire¹¹⁰. Ce dernier article stipule qu'à moins que la loi n'en ait disposé autrement, le délai d'opposition, d'appel et de pourvoi en cassation court à partir de la signification de la décision à personne, ou à domicile, ou le cas échéant, de la remise ou du dépôt de la copie ainsi qu'il est dit aux articles 37, 38 et 40 du Code judiciaire.

Lorsqu'il est procédé à la signification par le dépôt d'une copie, une lettre recommandée est envoyée à la partie signifiée. L'envoi d'une lettre recommandée, prévu à l'article 38, § 1^{er}, du Code judiciaire, constitue une simple précaution qui n'a pas les effets d'une signification¹¹¹. La signification a donc lieu au moment du dépôt de la copie¹¹².

Pour effectivement pouvoir parler d'une signification au sens de l'article 32, du Code judiciaire, certaines conditions doivent être remplies. L'acte de procédure doit par exemple obligatoirement faire l'objet d'un exploit d'huissier. Il n'est pas question de signification au sens de l'article 32 du Code judiciaire lorsqu'un acte est communiqué suite à la signification d'un autre acte¹¹³. La signification doit également être valable en droit, c'est-à-dire que la signification doit émaner d'une personne physique ou morale existante. La signification d'un jugement à la demande d'une personne physique ou morale inexistante n'a pas d'effet juridique, même si la signification n'est pas caduque dans sa forme^{114 115}.

Il faut également tenir compte de l'éventuel choix de la domiciliation. Lorsque la partie signifiée, ayant son siège ou son domicile en Belgique, a élu domicile, on accepte de ne pas rendre obligatoire la signification au domicile élu¹¹⁶. La Cour de cassation a toutefois jugé que lorsqu'une partie a connaissance du choix du domicile par une partie qui a son siège ou son domicile en Belgique, elle peut faire abstraction de ce domicile élu, certes non sans ignorer l'article 39 du Code judiciaire^{117 118}.

107. Cass. 22.10.2004, Arr. Cass. 2004, 1658.

108. C. A., 17.12.2003, n° 2003/170, M.B. 01.03.2004.

109. A. VANDERHAEGEN, o.c., 506.

110. P. VAN RILLAER, art. 1051 Ger. W., in X. Gerechtig recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, I, deel IV, Boek III, Titel III, Hfst I, Ger. W. art. 1051-1 – Ger. W. 1051-15, Mechelen, Kluwer, 1997, feuillets.

111. Cass. 17.12.1998, Arr. Cass. 1998, 528.

112. M. CASTERMANS, Gerechtig recht. privaatrecht, Gent, Story Publishers, 2009, 637.

113. Ibidem, 637.

114. Cass. 15.06.2000, Arr. Cass. 2000, 373.

115. M. CASTERMANS, Gerechtig recht. privaatrecht, Gent, Story Publishers, 2009, 637.

116. Bruxelles, 02.02.1999, <http://www.cass.be>.

117. Cass. 22.06.2007, RABG 2007, 17 avec remarque de B. MAES.

118. M. CASTERMANS, Gerechtig recht. privaatrecht, Gent, Story Publishers, 2009, 637-638.

Il est également important d'établir le lien avec l'interdiction d'abus de droit. En cas de signification à une ancienne adresse, alors que la partie procédant à la signification connaît l'adresse actuelle, il est question d'abus de droit et le délai d'un recours ne peut prendre cours par cette signification à l'ancienne adresse¹¹⁹.

Le délai pour interjeter appel dans un contentieux de récupération, en vertu de l'article 164 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, ne prend pas cours au moment de la notification, par pli judiciaire aux parties, de la décision contestée mais bien lors de la signification de ladite décision¹²⁰.

LA NOTIFICATION

Selon l'article 1051, alinéa premier, du Code judiciaire, la notification du jugement a pour effet de faire courir le délai d'appel lorsque la notification a lieu conformément à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire (art. 1051, al. 1, du C. jud.)¹²¹.

L'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire stipule explicitement que dans les matières énumérées à l'article 704, alinéa premier, le greffier notifie le jugement aux parties par pli judiciaire adressé dans les huit jours. Il ressort des travaux parlementaires préparatoires de la loi du 12 janvier 1993¹²², insérant ladite disposition dans le Code judiciaire, que le but était de simplifier la signification de décisions judiciaires dans des litiges relatifs à la sécurité sociale et de permettre une mise en œuvre rapide de celles-ci¹²³.

Les litiges visés à l'article 704, alinéa premier, du Code judiciaire, ont comme caractéristique commune qu'ils portent sur des matières de sécurité sociale pouvant être introduites par requête devant le Tribunal du travail, la partie demanderesse y interjetant appel d'une décision administrative exécutoire. Cela signifie que dans les matières énumérées aux articles 508/16, 580, 2°, 3°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10° et 11°, 581, 2°, 582, 1° et 2° et 583, la notification vaut comme point de départ du délai pour interjeter appel.¹²⁴ Cela signifie également que dans la grande majorité des litiges, l'INAMI prend ainsi connaissance du jugement du Tribunal du travail, faisant de ce fait courir le délai pour éventuellement interjeter appel.

Conformément à l'article 792, alinéas 2 et 3 du Code judiciaire, ladite notification doit se faire par le greffier qui notifie le jugement aux parties par pli judiciaire adressé dans les huit jours suivant le jugement.

Dans un arrêt du 19 août 2010, la Cour du travail de Liège était d'avis que le litige, opposant une maison de repos à l'INAMI, ne relève ni de l'application de l'article 704, § 2, du Code judiciaire, ni de l'article 52, § 3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994. La Cour avait de ce fait décidé que l'appel était recevable *ratione temporis* étant donné que l'article 792, §§ 2 et 3, du Code judiciaire, n'était pas applicable et que la signification par pli judiciaire en dehors des cas légalement prévus n'a pas pour effet de faire courir le délai d'appel¹²⁵.

119. Ibidem, 638.

120. Cass. 05.03.2007, R.G. S. 05.0102.N, Pas. 2007/3, 4569, SPRL D. c./ O.A..

121. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1051 Ger. W., in X. Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 1997, feuillets. <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11548>.

122. Loi du 12.01.1993 contenant un programme d'urgence pour une société plus solidaire, M.B. du 04.02.1993.

123. Doc. Ch., séance extraordinaire 1991-1992, n° 630/1, pp. 7-13-39.

124. P. VANLERSBERGHE, "De kennisgeving in sociale zaken als vertrekpunt van de termijn voor het instellen van een rechtsmiddel", RABG 2005, afl. 9, 844, n° 3.

125. C. T. Liège, 19.08.2010, R.G. 008857/2009, V. L. c./ INAMI, B.I.-INAMI, 2010/2-3, 282-283 avec référence au jugement de Cass. du 12.01.2004, publié au B.I.-INAMI, 2004/2, 222 ; Cass. 28.02.2002, RW 2003-2004, col. 77.

Jurisprudence contradictoire en termes de notification

Depuis longtemps déjà, une incertitude juridique existait quant au point de départ effectif du délai d'appel quand la notification était effectuée par pli judiciaire, du fait que les jurisprudences de la Cour de cassation et de la Cour constitutionnelle étaient contradictoires.

Selon la jurisprudence de la Cour de cassation en vigueur à l'époque, en cas de notification le délai prenait cours à la date d'envoi aux services de la poste.¹²⁶

Il existait alors aussi une jurisprudence qui confirmait ce principe, en ce sens que la notification d'un jugement qui, en application de l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire, fait courir le délai d'appel, a lieu le jour de l'envoi du pli judiciaire et non le jour de la présentation ou de la réception de celui-ci.¹²⁷

La Cour constitutionnelle, au contraire, était d'avis qu'en cas de notification, le délai peut commencer à courir au plus tôt au moment où le destinataire a pu prendre connaissance de la décision.¹²⁸

Dans son arrêt du 17 décembre 2003¹²⁹, la Cour constitutionnelle qui à l'époque était encore la Cour d'arbitrage, a dit pour droit : *"Interprétés comme faisant courir les délais de recours contre une décision dont la notification se fait par pli judiciaire à la date de l'expédition de ce pli, les articles 32, 2°, 46, § 2, combinés avec l'article 792, alinéa 2, du Code judiciaire violent les articles 10 et 11 de la Constitution. Interprétés comme faisant courir les délais de recours à la date à laquelle le pli judiciaire a été remis par les services de la poste à la personne du destinataire ou à son domicile, les mêmes articles ne violent pas les articles 10 et 11 de la Constitution."*

Cette jurisprudence a aussi été confirmée à plusieurs reprises :

- le délai d'appel commence à courir non pas le jour où le pli judiciaire a été présenté aux services de la poste mais le jour où le pli judiciaire a été remis par les services de la poste au destinataire en personne ou à son domicile¹³⁰
- le délai d'appel commence à courir le lendemain du jour où le destinataire a reçu une copie de la décision du Tribunal du travail¹³¹.

L'insertion par le législateur de l'article 53*bis* dans le Code judiciaire a finalement mis fin à une incertitude juridique de plusieurs années et à une contradiction entre la jurisprudence de la Cour de cassation et celle de la Cour constitutionnelle. Cette disposition règle, à partir du 31 décembre 2005¹³², le début du délai en cas de notification. Après l'entrée en vigueur de cette nouvelle disposition légale, la Cour de cassation a revu sa jurisprudence et a souscrit au point de vue de la Cour constitutionnelle^{133 134}.

126. Cass. 24.01.1974, Arr. Cass. 1974, 581 ; Cass. 24.12.1982, Arr. Cass. 1982-1983, 572, RW 1983-1984, 1024 ; Cass. 06.06.1991, Arr. Cass. 1990-1991, 995 ; Cass. 20.05.1996, Arr. Cass. 1996, 473 ; Cass. 09.12.1996, Arr. Cass. 1996, 1183 ; Cass. 17.03.1997, Arr. Cass. 1997, 359.

127. C. T. Gand, 02.10.2000, AR 174/94 ; C. T. Bruxelles, 22.02.2001, R.G. 30143 ; C. T. Gand, 05.07.2001, R.G. 2000/114 ; C. T. Anvers, 23.06.2000, R.G. 980265 (non publié) ; C. T. Gand, 23.05.2002, R.G. 2001/418, V. G. c./ INAMI (non publié) ; C. T. Anvers, 04.12.2003, R.G. 2010396, H. L. c./ INAMI (non publié).

128. P. VANLERSBERGHE, "Het vertrekpunt van de termijn in geval van kennisgeving", RABG 2009, afl. 17, 1167, n° 1.

129. C. A. 17.12.2003, n° 170/2003, RW 2003-2004, 1145, avec note J. LAENENS "De kennisgeving van een rechtelijke beslissing als vertrekpunt van een vervaltermijn: een rechtspraakomekeer", P&B 2004, 55 et JLMB 2004, 145, avec note E. BREWAEYS "Kennisgeving bij gerechtsbrief: een nieuwe benadering" ; C. A. 16.11.2005, arrêt n° 166/2005.

130. C. T. Gand, 10.02.2004, R.G. 2003/331, A. J. c./ INAMI (non publié).

131. C. T. Anvers, 15.03.2004, R.G. 2030502, G. M. c./ INAMI (non publié) ; C. T. Anvers, 24.03.2004, R.G. 2000297, T. B. E. c./ INAMI (non publié) ; C. T. Bruxelles, 18.12.2006, R.G. 44.947, D. V. A. c./ O.A. et INAMI, B.I.-INAMI, 2007/1, 47-48 ; C. T. Bruxelles 15.01.2007, R.G. 45.466, W. G. c./ O.A. et INAMI (non publié) ; C. T. Anvers, 11.01.2011, R.G. 2010/AA/488, G. U. c./ INAMI, B.I.-INAMI, 2010/4, 429-431.

132. La loi du 13.12.2005 (M.B. 21.12.2005) ne fixe pas de date d'entrée en vigueur pour le chapitre "Délais". Par conséquent, le nouvel article 53*bis* du C. jud. entre en vigueur le dixième jour qui suit sa publication au M.B. (art. 4 de la loi du 31.05.1961, M.B. 21.06.1961).

133. P. VANLERSBERGHE, "Het vertrekpunt van de termijn in geval van kennisgeving", RABG 2009, afl. 17, 1167, n° 1.


134. Cass. 23.06.2006, Pas. 2006, I, 1497, concl. Av. gén. A. HENKES et JT 2006, 675, concl. Av. gén. A. HENKES ; Cass. 12.01.2007, RABG 2007, afl. 10, 659.

Article 53*bis* du Code judiciaire


Conformément à l'article 53*bis* du Code judiciaire, deux hypothèses sont possibles : soit la notification est effectuée par pli judiciaire ou par un envoi postal recommandé avec accusé de réception, soit par envoi recommandé ou pli ordinaire. Comme la définition de notification est demeurée inchangée à l'article 32 du Code judiciaire, la notification est en général toujours effectuée par la poste¹³⁵. Pour l'instant, une notification par télécopie ou par courrier électronique n'est pas prise en considération^{136 137}.

Le délai commencera à courir à des moments différents en fonction du moyen utilisé, celui-ci étant fixé légalement¹³⁸.

La première hypothèse est celle d'une notification par pli judiciaire ou par envoi recommandé avec accusé de réception. Dans ce cas, la loi arrête que le délai est calculé depuis le premier jour qui suit celui où le pli a été présenté au domicile du destinataire, ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu (art. 53*bis*, al.1, du C. jud.)¹³⁹. Dans cette hypothèse, le délai commence à courir le lendemain de la présentation. Le délai est alors calculé à partir de minuit le jour suivant la présentation de la lettre au destinataire par les services de la poste (art. 52 du C. jud.). Le premier jour qui suit la présentation est aussi le premier jour du délai, même si c'est un samedi, dimanche ou jour férié¹⁴⁰.

 Si un pli judiciaire est confié à la poste le lundi 4 mars 2013 et présenté à l'INAMI le mardi 5 mars 2013, le délai commencera à courir le mercredi 6 mars 2013, donc le jour suivant la présentation. Le mercredi 6 mars 2013 est dès lors le premier jour du délai. Le délai d'appel d'un mois arrivera par conséquent à échéance le vendredi 5 avril 2013.

La seconde hypothèse concerne la notification par envoyé recommandé sans accusé de réception ou par pli ordinaire. Dans ce cas, le délai d'appel est calculé à partir du troisième jour ouvrable qui suit celui où le pli a été remis aux services de la poste (art. 53*bis*, al. 1, 2° du C. jud.). Autrement dit, dans cette hypothèse, le délai commence à courir le troisième jour ouvrable qui suit l'envoi¹⁴¹. Le délai est alors calculé à partir de minuit le troisième jour ouvrable après le dépôt auprès des services de la poste (art. 52 du C. jud.). Ce troisième jour ouvrable est également le premier jour du délai que fait courir la notification.¹⁴² La date d'expédition peut en tout cas être déduite de la preuve de délivrance de l'envoi recommandé ou du cachet postal sur l'enveloppe en cas d'envoi ordinaire.

 Si un envoi ordinaire est remis aux services de la poste le lundi 4 mars, le délai d'appel commencera à courir le troisième jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi, en l'espèce le lundi 4 mars 2013. Le délai commencera donc à courir le jeudi 7 mars 2013 et il arrivera par conséquent à échéance le lundi 8 avril¹⁴³.

135. La notification par lettre recommandée ou par courriel ordinaire requiert toujours la remise de la lettre aux services de la poste. Il est exclu de recourir aux services d'un coursier.

136. Doc. Parl. Ch., 2004-2005, DOC 51, n° 1309/012, p. 36.

137. J. LAENENS, "Over termijnen en verzoekschriften in het civiele geding", RW 2005-2006, n° 36, 1402, n° 7.

138. P. VANLERSBERGHE, "Het vertrekpunt van de termijn in geval van kennisgeving", RABG 2009, afl. 17, 1167, n° 2.

139. C. T. Anvers, 11.01.2011, R.G. 2010/AA/488, G.U. c./INAMI, B.I.-INAMI 2010/4, 429-431.

140. P. VANLERSBERGHE, o.c., 1167, n° 3.

141. Ibidem, n° 4.

142. D. SCHEERS, "Termijn bij kennisgeving: een rechtzetting", Juristenkrant 08.02.2006, n° 123, 5.

143. Voir art. 53 du C. jud. : le jour de l'échéance est compris dans le délai. Toutefois lorsque ce jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, le jour de l'échéance est reporté au premier jour ouvrable qui suit.

Quant à savoir si le samedi est un jour ouvrable ou pas, les avis sont toujours divisés dans la doctrine. Sous l'influence de la jurisprudence de la Cour de cassation, l'auteur J. LAENENS estime que le samedi doit être considéré comme un jour ouvrable au sens de l'article 53*bis* du Code judiciaire^{144 145}. Il est répliqué à ce point de vue que le Code judiciaire ne considère pas le samedi comme un jour ouvrable. L'article 53 du Code judiciaire, qui ne concerne il est vrai que la fin des délais, stipule expressément que le jour de l'échéance est reporté au premier jour ouvrable qui suit s'il tombe un samedi.¹⁴⁶ Cela a amené d'autres auteurs à conclure que le samedi n'est pas un jour ouvrable comme visé à l'article 53*bis* du Code judiciaire.

Par prudence, l'expression "jour ouvrable" doit probablement être comprise dans son acception usuelle en droit du travail et elle s'applique dès lors également au samedi.¹⁴⁷ Les jours ouvrables sont tous les jours, à l'exception des dimanches et jours fériés.¹⁴⁸ Le samedi peut par conséquent être considéré comme un jour ouvrable pour déterminer le début du délai d'appel.



Un envoi ordinaire est posté le vendredi. Dans ce cas, le délai commence à courir le mardi qui suit.

Enfin arrêtons-nous un instant sur un récent arrêt de la Cour de cassation. La Cour y stipule que "Le point de départ du délai est calculé en fonction de la manière dont la notification a effectivement eu lieu et indépendamment du mode de notification prescrit ; la constatation que la notification a été effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception, alors que la notification par courrier recommandé était prescrite par la loi, n'y déroge pas"¹⁴⁹.

c. Calcul du délai

Le délai d'appel est calculé selon les dispositions des articles 52 et suivants du Code judiciaire. Il se compte de minuit à minuit. Il est calculé depuis le lendemain du jour de l'acte ou de l'événement qui y donne cours et comprend tous les jours, même le samedi, le dimanche et les jours fériés légaux (art. 52, al. 1, du C. jud.)¹⁵⁰.

Le jour de l'échéance est compris dans le délai. Toutefois lorsque ce jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, le jour de l'échéance est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 53 du C. jud.).

L'article 50, alinéa 2, du Code judiciaire prévoit une prolongation du délai d'appel quand celui-ci prend cours et expire pendant les vacances judiciaires. Dans ce cas, il est prorogé jusqu'au quinzième jour de l'année judiciaire nouvelle.

L'article 1051, alinéa 3, du Code judiciaire stipule que lorsqu'une des parties à qui le jugement est signifié ou à la requête de laquelle il a été signifié n'a en Belgique ni domicile, ni résidence, ni domicile élu, le délai d'appel est augmenté conformément à l'article 55.

d. Sanction en cas de non-respect du délai d'appel

Les délais prévus pour former un recours sont prescrits à peine de déchéance. La déchéance pour cause de retard de l'appel doit être prononcée d'office par le juge (art. 860, al. 2 et art. 1051 du C. jud.).

144. Cass. 27.02.1995, Arr. Cass. 1995, 221, RW 1995-1996, 183 ; Cass. 15.01.1980, Pas. 1980, I, 555.

145. P. VANLERSBERGHE, "Het vertrekpunt van de termijn in geval van kennisgeving", RABG 2009, afl. 17, 1168, n° 4.

146. Ibidem.

147. J. LAENENS, "Over termijnen en verzoekschriften in het civiele geding", RW 2005-2006, n° 36, 1405, n° 22.

148. Ibidem.

149. Cass. 19.03.2012, RG D.11.0003.F, J.L.M.B. 2012, n° 41, 1947-1955.

150. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1051 Ger. W., in X. Gerechtig recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 2002, feuillets, <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11548>.

Le délai pour intenter une action, dans ce cas un appel, est prescrit à peine de déchéance. Cette sanction relève de l'ordre public, ce qui suppose que le juge doit vérifier d'office si l'appel a été interjeté dans les délais et doit infliger une sanction d'office sans que la preuve d'un grief doive être apportée.¹⁵¹

Même si le juge ne peut pas prolonger un délai prescrit à peine de déchéance, il est néanmoins autorisé à évaluer si la partie qui demande la suspension de la déchéance était dans l'absolue impossibilité pendant le délai de déchéance sans qu'il soit question d'une erreur dans son chef. Autrement dit, l'appelant qui peut invoquer un cas de force majeure peut éviter la sanction découlant du non-respect du délai. La force majeure, qui permet la prolongation du délai d'appel contre une décision en matière civile, peut uniquement découler d'un événement indépendant de la volonté de l'intéressé, qu'il ne pouvait ni prévoir ni éviter.¹⁵²

e. Aide-mémoire pour le calcul des délais

Tableau 1 : calcul des délais				
Communication de la décision	Forme	Délai	Point de départ du délai	Fin du délai
Signification	- délivrance de l'original de l'acte ou d'une copie de l'acte	1 mois y compris les - samedis - dimanches - jours fériés légaux	- jour de la signification = 1 ^{er} jour du délai	- Le jour de l'échéance est compris dans le délai - Si le jour de l'échéance est un samedi, dimanche ou jour férié légal, le délai est reporté au premier jour ouvrable suivant
Notification en vertu de l'article 792, alinéas 2 et 3, du C. jud.	1. pli judiciaire ou envoi recommandé avec accusé de réception	1 mois y compris les - samedis - dimanches - jours fériés légaux	- Le 1 ^{er} jour qui suit le jour où la lettre a été présentée au domicile, à la résidence ou au domicile élu du destinataire (art. 53bis, al. 1, 1 ^o , du C. jud.)	- Le jour de l'échéance est compris dans le délai - Si le jour de l'échéance est un samedi, dimanche ou jour férié légal, le délai est reporté au premier jour ouvrable suivant
	2. envoi recommandé sans accusé de réception ou envoi ordinaire	1 mois y compris les - samedis - dimanches - jours fériés légaux	- Le 3 ^e jour ouvrable qui suit le jour où la lettre a été présentée aux services de la poste (art. 53bis, al. 1, 2 ^o , du C. jud.) Attention : le samedi est considéré comme un jour ouvrable !	- <i>idem supra</i>

151. C. T. Mons, 10.01.2007, RG 20354, C. E. c./INAMI.

152. *Ibidem*.

5. Les conséquences de l'appel

a. L'effet suspensif

En tant que voie de recours ordinaire, l'appel se caractérise par son effet suspensif. Cela signifie que l'appel suspend l'exécution du premier jugement (art. 1397 du C. jud.), sauf dans le cas d'une exécution provisoire autorisée par le juge (art. 1398 du C. jud.) et dans les cas où la loi prévoit que la décision est exécutable de plein droit.

Bref, seul un jugement ayant force de chose jugée est exécutable, ce qui peut contribuer bien entendu à une utilisation de l'appel à mauvais escient.¹⁵³ L'INAMI y est sans aucun doute également confronté.

En effet, beaucoup considèrent que l'effet suspensif de l'appel est une conséquence incluse dans le droit d'appel. Rien d'étonnant dès lors que beaucoup "abusent" du droit d'appel précisément en raison de l'effet suspensif qui y est lié. Hélas dans notre pays, ce principe a encore le statut de "vache sacrée".¹⁵⁴ De ce fait, les juges d'appel sont submergés d'affaires, si bien qu'ils sont confrontés à un retard difficilement gérable, ce qui entraîne une baisse de qualité de la jurisprudence.

Ces dernières années, de plus en plus de voix s'élèvent pour inverser la tendance afin de revaloriser la jurisprudence de première ligne¹⁵⁵. Le procès en première instance ne peut en effet pas être réduit à une séance d'entraînement au cours de laquelle les plaideurs s'échauffent avant le procès en deuxième instance.¹⁵⁶ Le procès devant le premier juge doit être une procédure judiciaire à part entière tandis que l'appel doit se limiter à l'examen des griefs contre le jugement *a quo* que le requérant a exposé dans l'acte d'appel¹⁵⁷.

De plus en plus, il existe une doctrine plaidant pour la suppression de l'effet suspensif de l'appel et donc l'instauration du principe de l'exécution par provision. Pour l'instant, ceci est uniquement possible dans les cas prévus par la loi ou dans les cas où le juge l'ordonne. Concernant l'INAMI, cette proposition doit toutefois être nuancée. Le principe de l'exécution par provision n'apportera pas une solution dans tous les cas. Le tableau ci-dessous, qui est basé sur un exemple, illustre ce que nous entendons par là.

Supposons qu'un assuré social, x, a interjeté appel contre une décision du Fonds spécial de solidarité (FSS) affirmant que x n'a pas droit à une intervention dans le prix du médicament Soliris.

153. P. VAN ORSHOVEN (ed.), *Het hoger beroep*, in X., *Gerechtelijk Recht. Stand van zaken en actuele ontwikkelingen op het stuk van...*, Brugge, Die Keure, 2006, 71.

154. E. DIRIX, "Dient de schorsende werking van het hoger beroep niet te worden afgeschaft?", *RW* 2002-2003, afl. 12, 477.

155. B. MAES, *Inleiding tot het burgerlijk procesrecht*, Brugge, Die Keure, 2004, 241.

156. E. DIRIX, o.c., 477.

157. *Ibidem*.

Tableau 2 : exemple

Jugement en première instance	L'INAMI interjetée appel
1. Fondé Conséquence : l'INAMI (FSS) paiera l'intervention accordée à x.	1. L'appel n'est pas fondé Conséquence : positive. Comme l'intervention a déjà été payée, aucun intérêt n'est dû.
	2. L'appel est fondé Conséquence : régularisation. L'INAMI (FSS) doit récupérer auprès de x l'intervention déjà payée.
Jugement en première instance	x interjetée appel
2. Non fondé Conséquence : l'INAMI (FSS) ne doit rien payer à x.	1. L'appel n'est pas fondé Conséquence : la décision en première instance est confirmée. L'INAMI (FSS) ne doit rien payer.
	2. L'appel est fondé Conséquence : l'INAMI (FSS) devra payer l'intervention accordée à x.

Ce tableau montre que le principe général de l'exécution par provision pourrait quand même entraîner des complications pour certains litiges au sein de l'INAMI. Dans la situation surlignée, ceci signifie que l'INAMI doit à chaque fois récupérer auprès de l'assuré social de l'argent que, notons-le bien, il a lui-même versé. Ne parlons même pas du cas où la partie adverse est une firme pharmaceutique qui est déclarée en faillite pendant le procès. Dans ce cas, la récupération d'argent sera loin d'être une tâche aisée.

b. L'effet relatif

L'effet relatif de l'appel signifie que l'appel peut rapporter quelque chose à l'appelant seulement à deux égards. D'une part, les parties qui ne contestent pas elles-mêmes le jugement attaqué, - soit parce qu'elles ne peuvent pas, soit parce qu'elles ne veulent pas le faire -, ne peuvent pas profiter de l'appel. D'autre part, le juge d'appel ne peut pas réformer le jugement aux dépens de l'appelant faute d'appel incident¹⁵⁸.

Dans son arrêt du 28 septembre 2009¹⁵⁹, la Cour de cassation dit ceci : "En cas d'appel limité, il n'appartient pas au juge d'appel de remettre en question un point litigieux sur lequel le premier juge a statué et qui n'est l'objet, au moment où la juridiction d'appel statue, d'aucun recours principal ou incident". Elle affirme ensuite que : "ce sont toutefois les parties elles-mêmes qui, par l'appel principal ou incident, fixent les limites dans lesquelles le juge d'appel doit statuer sur les contestations dont le premier juge a été saisi".

c. L'effet dévolutif

L'appel ne serait pas une deuxième instance s'il n'avait pas d'effet dévolutif. Cela signifie que le litige contesté en première instance est à nouveau soumis au juge pour arbitrage. L'appel interjeté a donc pour conséquence que l'affaire est définitivement retirée au juge de première instance et portée devant le juge d'appel. C'est cette conséquence qu'on appelle l'effet dévolutif de l'appel.

Toutefois, quand on évoque l'effet dévolutif de l'appel, une distinction peut être établie entre l'effet dévolutif ordinaire et l'effet dévolutif élargi.


158. C. T. Gand, 13.01.2012, RG 2011/AR/10, B.I.-INAMI, 2011/4, 483, J. H. c./ INAMI et O.A.

159. Cass. 28.09.2009, RG S. 09.0012.F.B.I.-INAMI, 2010/1, 86 concl. Av. gén. J.M. GENICOT, O.A. c./ P.M.-Y.

L'EFFET DÉVOLUTIF ORDINAIRE

Il est question d'effet évolutif ordinaire quand un appel est interjeté contre un jugement définitif. Dans ce cas, l'article 1068 du Code judiciaire stipule que le litige, avec toutes les questions de fait et de droit, est lui-même porté devant le juge d'appel. Pour pouvoir parler d'effet dévolutif ordinaire, il faut que le premier juge se soit d'abord prononcé sur le fond sur tous les points litigieux qu'il devait trancher. Donc si un appel est interjeté contre une telle décision du premier juge, en principe la tâche du juge d'appel consiste uniquement à contrôler les points litigieux déjà examinés et tranchés en première instance¹⁶⁰.

Cet effet dévolutif ne porte toutefois pas préjudice au principe dispositif. Sur la base de ce principe, les parties déterminent elles-mêmes les limites du litige. Par l'appel principal ou l'appel incident (dans leur acte d'appel et leurs conclusions), les parties déterminent les limites dans lesquelles le juge d'appel doit se prononcer sur les contestations soumises au premier juge¹⁶¹. L'effet dévolutif ordinaire de l'appel peut ainsi être délimité.

 Dans un jugement, un juge se prononce sur différents points. Certains sont contestés au détriment de A, d'autres au détriment de B. Seul A interjette appel. Le jugement peut uniquement être réformé en ce qui concerne les points contestés au détriment de A (sous réserve de la possibilité pour B d'interjeter un appel incident).

Bien entendu, pour qu'il puisse être question d'un effet dévolutif comme conséquence d'un appel, il est nécessaire que l'appel soit valable. Ceci est évidemment logique puisqu'un appel irrecevable, nul ou tardif ne permet pas de porter le litige devant le juge d'appel.

L'EFFET DÉVOLUTIF ÉLARGI

Il est question d'effet évolutif élargi quand un appel est interjeté contre un jugement avant dire droit ou contre un jugement définitif sur incident. Dans ces cas aussi, le litige peut être porté devant le juge d'appel.

De ce fait, le juge d'appel est obligé de se prononcer sur les points litigieux sur lesquels le premier juge ne s'était pas encore prononcé. C'est ce qu'on appelle l'effet dévolutif élargi¹⁶².

Cet effet dévolutif élargi présente un inconvénient : de nombreux litiges en instance unique sont, du point de vue formel, tranchés en "appel", par le juge d'appel ce qui relativise assez bien l'intérêt de l'appel¹⁶³.

Une exception au principe de l'effet dévolutif élargi est toutefois prévue par l'article 1068, alinéa 2, du Code judiciaire. Cet article stipule que si le juge d'appel confirme une mesure d'instruction, la cause est renvoyée au premier juge.

Le juge d'appel est obligé de renvoyer l'affaire au premier juge s'il confirme, même partiellement, une mesure d'instruction ordonnée par le jugement entrepris¹⁶⁴.


160. P. TAELEMAN, K. PITEUS, *Dynamiek en evolutie van het geding in hoger beroep*, in X., *Goed procesrecht – Goed procederen 2002-2003*, Mechelen, Kluwer, 2004, 397-398.

161. *Ibidem*.

162. M. CASTERMANS, *Gerechtelijk privaatrecht*, Brugge, Die Keure, 2009, 660, n° 1029.

163. B. ALLEMEERSCH, P. VANORSHOVE, *Devolutieve werking en andere gevolgen van het hoger beroep...herbekeken*, in P. TAELEMAN (ed.), *Het hoger beroep opnieuw bekeken*, Brugge, Die Keure, 2012, 3.

164. Art. 1068, al. 2, du C. jud.

 Dans un litige opposant un assuré social à l'INAMI, une instruction d'expert est ordonnée par le juge de première instance. L'assuré social estime avoir des raisons de ne pas être d'accord avec la mesure d'instruction ordonnée et il interjette appel contre elle. Vu l'effet dévolutif élargi, le litige est porté devant le juge d'appel dans toutes ses facettes. Si ce dernier confirme, même partiellement, la désignation d'un expert, l'affaire est renvoyée au juge de première instance.

Le renvoi au premier juge suppose deux conditions cumulatives. Tout d'abord, le juge de première instance doit avoir ordonné une mesure d'instruction. Pour savoir de quelles mesures d'instruction il s'agit exactement, il faut se référer aux articles 870 et suivants du Code judiciaire. Ensuite, il faut que la mesure d'instruction ordonnée soit confirmée, ne serait-ce que partiellement.

La décision de réouverture des débats n'est pas une mesure d'instruction au sens de l'article 1068, alinéa 2, du Code judiciaire¹⁶⁵.

Le renvoi ne vaut pas uniquement pour l'exécution de la mesure d'instruction mais pour tout le traitement du litige¹⁶⁶.

AIDE-MÉMOIRE : APPLICATION DE L'EFFET DÉVOLUTIF AUX DIFFÉRENTS TYPES DE JUGEMENT

Jugement définitif

Si un appel est interjeté contre le jugement définitif prononcé par le juge de première instance, l'affaire est entièrement retirée à ce juge.

Le juge d'appel est toutefois tenu par les limites fixées par les parties.

Si le jugement final se prononce uniquement sur un point litigieux et qu'aucun jugement n'a encore été rendu sur les autres points litigieux, l'appel aura un effet dévolutif élargi et le litige dans son ensemble sera porté devant le juge d'appel.¹⁶⁷

Jugement avant dire droit

Si l'appel est interjeté contre un jugement avant dire droit, le litige est transféré dans sa totalité au juge d'appel. C'est seulement quand la mesure d'instruction ordonnée dans le jugement contesté est confirmée en tout ou en partie que l'affaire doit être renvoyée au premier juge.

Jugement mixte

Un jugement mixte est composé en partie d'un jugement définitif et en partie d'un jugement avant dire droit. Dans ce cas spécifique, le juge d'appel doit se prononcer sur la partie du jugement qui est un jugement définitif. Concernant la partie du jugement contesté qui est un jugement avant dire droit, le juge d'appel renverra le litige au premier juge s'il confirme la mesure d'instruction.

165. C. T. Anvers, 08.06.2004, RG 2000438, D. E. c./ INAMI et ANMC, R.R. INAMI, 9.3.1.5., 2007/101. ; C. T. Mons, 13.04.2011, RG 2009/AM/21687 (non publié).

166. Cass. 09.11.1995, AJT 1996-1997, 125, avec note P. TAELMAN, Devolutive werking van het hoger beroep.

167. M. CASTERMANS, Gerechtelijk privaatrecht, Brugge, Die Keure, 2009, 664, n° 1034.

LES POUR ET LES CONTRE DE L'EFFET DÉVOLUTIF POUR L'INAMI

Le principe de l'effet dévolutif contribue de toute façon à la qualité de la procédure. Le jugement du premier juge peut inciter l'INAMI en tant que partie à jeter un autre regard sur l'affaire et ses nouvelles conclusions peuvent apporter de nouvelles clés de compréhension au juge d'appel, ce qui augmentera peut-être ses chances de réussite en appel.

L'effet dévolutif aura également un impact positif sur la durée du procès. On peut parler d'utilité en termes d'économie de procédure tant pour l'effet dévolutif ordinaire que pour sa variante élargie. Comme le juge d'appel évalue à nouveau l'affaire dans son ensemble et donc qu'en principe il ne la renvoie pas, la procédure est accélérée. Pour l'INAMI, cela signifie que de telles contestations peuvent être traitées plus vite en appel si bien que les avocats qui défendent les intérêts de notre institut en la matière peuvent terminer plus vite leur intervention, ce qui a des répercussions favorables sur les frais et les honoraires.

En revanche, l'effet dévolutif de l'appel a aussi quelques inconvénients. En effet, il faut savoir que l'effet dévolutif, et surtout le principe du renvoi défini par l'article 1068, alinéa 2, du Code judiciaire, est source de complexité. Le principe de renvoi est en effet réglé de manière trop complexe¹⁶⁸. En outre, l'affaire risque d'être scindée entre les deux instances car il est possible que le juge d'appel doive se prononcer sur certains points litigieux alors qu'il doit renvoyer d'autres points avec la mesure d'instruction confirmée au premier juge¹⁶⁹. L'approche à adopter par l'INAMI en tant que partie dans un tel litige scindé en devient bien entendu plus complexe.

Enfin, l'INAMI est indubitablement confronté à des parties adverses qui utilisent l'appel à la légère. Elles se permettent de négliger la procédure en première instance car elles savent que grâce à l'appel, elles auront une deuxième chance étant donné que le juge d'appel va à nouveau examiner l'affaire au fond. Il arrive souvent qu'en appel, la partie adverse n'ait rien d'autre à dire que ce qu'elle a exposé au premier juge mais elle nourrit quand même un léger espoir que le juge d'appel regarde l'affaire d'un autre œil...

6. L'appel à l'avenir ...

Une chose est sûre : l'INAMI est concerné par l'appel en cas de litige, tantôt comme appelant, tantôt comme partie intimée.

Dans les deux cas, les dispositions légales générales fixées par les articles 1050 à 1072*bis* inclus du Code judiciaire doivent être respectées. Or l'étude des cas au sein de l'INAMI montre qu'en dépit de ces dispositions, la procédure juridique d'appel ne se déroule pas toujours sans heurts. Dès sa création, l'INAMI a été confronté à divers problèmes, tant du point de vue administratif et judiciaire que du point de vue de la procédure. L'appel engendre souvent de la frustration car il est "trop lent, trop cher, trop complexe". Mais que nous réserve l'avenir ?

La suppression de l'appel comme voie de recours serait-elle profitable à l'INAMI ? Dans notre droit, le système de double instance n'est pas considéré comme un droit fondamental ou comme un principe général de droit et il n'est dès lors pas interdit de le remettre en question.

168. B. ALLEMEERSCH, P. VANORSHOVE, *Devolutieve werking en andere gevolgen van het hoger beroep...herbekeken*, in P. Taelman (ed.), *Het hoger beroep opnieuw bekeken*, Brugge, Die Keure, 2012, 5, avec renvoi à P. Taelman, *De devolutieve werking van het hoger beroep*, in Vlaamse Conferentie bij de Balie te Antwerpen (ed.), *Meester van het proces. Topics gerechtelijk recht*, Brussel, Larcier, 2010, 231 e.s.

169. *Ibidem*.

Réfléchir à la suppression de la deuxième instance nécessite d'examiner si les principaux arguments souvent invoqués en faveur de son maintien sont irréfutables ou pas. En effet, si l'appel n'existait pas, il ne serait pas possible de rectifier des inexactitudes ou des irrégularités juridiques commises par le juge de première instance ou bien de remédier à ses propres lacunes. En outre, dans la doctrine, la double instance est vantée en tant que source d'unité juridique et elle contribue à la confiance en la justice. Il existe donc suffisamment de raisons pour conserver la "vache sacrée" qu'est la deuxième instance.

Ce maintien n'empêche toutefois pas d'exprimer certaines frustrations existant au sein de l'INAMI. Il n'y a rien de mal à fournir des informations au législateur et à lui faire des suggestions pour que la procédure d'appel soit bien plus efficace, non seulement pour les parties à la cause mais aussi pour les magistrats.

Un point pourrait faire l'objet de critiques : les parties prennent la procédure en première instance moins au sérieux puisque à quelques exceptions près, il y a toujours une deuxième chance. Non seulement les parties se trompent parfois à ce sujet mais les magistrats aussi ont de plus en plus tendance à prononcer leurs jugements à vive allure. C'est dommage car une procédure de première instance de haute qualité constitue la meilleure mesure de prévention contre un recours inutile ou superflu à l'appel. Pour éviter que cette voie de recours soit utilisée sans raison, on pourrait envisager de donner au premier juge une gamme plus large de possibilités de rectification. Dans beaucoup de cas, l'appel pourrait être évité si le premier juge pouvait à ce stade encore corriger lui-même des erreurs manifestes dans la décision prise, apporter des précisions ou des éclaircissements.

Réouvrir les débats – après les conclusions des parties – pourrait apporter une solution. Les parties ont en effet ainsi la possibilité de dissiper des malentendus et éventuellement d'affiner leur position, dans la mesure où c'est nécessaire. Cela permettrait aussi au juge de revoir son point de vue sur le litige et, en fin de compte, de mieux adapter son jugement aux points en discussion dans le litige. Une solution satisfaisante et correcte est recherchée. Ceci est assurément plus rapide et plus efficace qu'une procédure en appel qui vise finalement le même résultat.

Si l'appel est quand même inévitable, certains inconvénients peuvent être supprimés à l'avenir.

Concernant la motivation de l'acte d'appel dans les litiges conformément à l'article 704, § 2, du Code judiciaire, l'assuré social – en l'espèce l'appelant – peut sans aucun problème déposer une requête aux greffes sans exposer ses griefs. Malheureusement dans pareil cas, l'INAMI ne peut pas rédiger de défense précise. De surcroît, un calendrier est finalement établi pour les conclusions et c'est l'INAMI bien entendu, en tant que partie défenderesse, qui entre le premier en scène. Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ? Bienvenue au calendrier des conclusions inversé...

Les magistrats et les avocats commettent parfois des maladresses aussi. Ainsi l'INAMI s'entend régulièrement dire que ne pas interjeter appel signifie automatiquement que l'INAMI est d'accord avec la décision. Rien n'est moins vrai. Interjeter ou non appel demeure un choix mûrement réfléchi de l'INAMI qui met à chaque fois différents facteurs en balance pour juger de l'opportunité d'un appel. Parfois la possibilité d'interjeter appel ne pèse pas assez lourd par rapport à la facture y afférente. Quoiqu'il en soit, l'INAMI doit opérer des choix. L'INAMI n'a nullement l'intention de donner l'impression que comme institution publique, elle peut se permettre d'interjeter appel contre chaque décision défavorable. Dès lors, l'INAMI devrait uniquement être contraint d'interjeter appel parce que c'est opportun et pas pour éviter que des conséquences erronées soient tirées à l'avenir. Hélas...

Alors, il serait utopique de penser qu'une procédure juridique comme l'appel se déroule toujours sans problème. D'ailleurs il est bon qu'il en soit ainsi. Cela donne l'occasion à beaucoup parmi nous d'examiner des problèmes qui en valent la peine et de chercher des solutions pendant le déroulement d'une des voies de recours les plus connues dans notre pays. Quoi qu'il en soit, il est toujours bon de souligner certaines difficultés en espérant qu'à l'avenir, elles pourront être résolues. Il incombe à l'INAMI d'encourager le législateur à s'attaquer à l'avenir aux points problématiques qui empêchent une gestion efficace et correcte des litiges. Espérons que cette étude soit un pas dans la bonne direction...

2^e Partie

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



4^e trimestre 2012

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Mesures budgétaires

a. Baisse de prix modulable

Le 1^{er} avril 2013, les prix et les bases de remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques remboursables seront diminués suivant les modalités énoncées ci-après :¹

- La diminution doit générer par demandeur une économie d'au moins 1,95 % du chiffre d'affaires réalisé durant l'année 2011 sur le marché belge des médicaments. Ces médicaments doivent être inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables au 1^{er} janvier 2013 et les baisses de prix doivent être modulées par la firme pharmaceutique dans les limites de son portefeuille de médicaments
- Pour figurer parmi les médicaments les "moins chers", la base de remboursement par unité d'une spécialité ne peut excéder de plus de 5 % la base de remboursement la plus basse par unité au sein du groupe ou, si cette fourchette ne comporte pas 3 spécialités, la spécialité doit être une des 3 spécialités ayant la base de remboursement la plus basse par unité.
Après application de la baisse de prix modulable d'une spécialité, une baisse volontaire supplémentaire du prix d'autres spécialités de la même classe peut dans certains cas s'avérer nécessaire afin que ces spécialités puissent compter parmi les médicaments "les moins chers". La baisse pour les spécialités soumises au remboursement de référence ne peut dès lors être supérieure à 20 % afin d'éviter que la concurrence sur le marché n'anéantisse les économies escomptées
- Pour la même raison, une limitation supplémentaire est prévue pour les spécialités reprises dans le système de remboursement de référence qui ont déjà subi la diminution supplémentaire 4 ans après la commercialisation de leur générique. La diminution proposée ne peut excéder 6 % par spécialité. Pour les spécialités non injectables qui font partie des antibiotiques ou des antimycosiques, la diminution proposée ne peut excéder 1,95 % par spécialité car, pour ces 2 classes, une substitution par le pharmacien est prévue, avec délivrance obligatoire d'un des médicaments "les moins chers"
- Pour les spécialités pharmaceutiques des classes ATC C08, C09A, C09B et N06A, une diminution d'office de 1,95 % est prévue à partir du 1^{er} mai 2013, en raison d'une base de remboursement GH distincte
- Enfin, si une firme opte pour une baisse de prix modulée, cette baisse de prix doit être la même au sein de la gamme d'une spécialité.

1. Loi-programme du 27.12.2012, M.B. du 31.12.2012 (éd. 2), art. 2.

b. Comparaison des prix européens

Pour leurs spécialités pharmaceutiques sous brevet, remboursables depuis plus de 5 ans et moins de 12 ans, les firmes pharmaceutiques doivent, au plus tard le 15 juillet 2012, communiquer au Service des soins de santé de l'INAMI les prix applicables en 2011 dans 6 pays (Allemagne, France, Pays-Bas, Irlande, Finlande et Autriche). Les prix en Belgique pourront être adaptés sur la base de ces informations, en vue de la maîtrise des dépenses.

Pour chacun de ces 6 pays, par forme et par dosage du principe actif (ou combinaison de principes actifs), le prix ex-usine le plus bas par unité au 1^{er} janvier 2011 est comparé au prix ex-usine par unité au 1^{er} janvier 2012 et un pourcentage de baisse est déterminé.

Par forme et par dosage du principe actif (ou combinaison de principes actifs), une moyenne des pourcentages ainsi calculés est établie pour les pays précités où cette forme et ce dosage du principe actif (ou combinaison de principes actifs) sont commercialisés. Au 1^{er} avril 2013, le prix des spécialités pour lesquelles il existait une baisse dans un ou plusieurs des 6 pays précités doit également diminuer en Belgique, à moins que des diminutions de prix alternatives ne soient proposées.²

c. Cotisations sur le chiffre d'affaires

Les cotisations prévues depuis 2006 sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables sont prorogées en 2013, avec un pourcentage de 6,73 %.³

La prorogation de ces cotisations en 2013 permet de maintenir la continuité au niveau budgétaire par rapport à la politique menée au cours des années précédentes.

La cotisation de 1 %, prévue pour que les firmes pharmaceutiques contribuent au maintien de la situation budgétaire, est également prorogée.⁴

d. Réductions de cotisations pour investissements

La mesure de réduction des cotisations pour les grandes et moyennes entreprises qui investissent en Belgique dans les domaines de la recherche, du développement et de l'innovation est prorogée jusqu'en 2016.⁵

e. Contribution sur le marketing

Pour 2013, la loi-programme instaure une règle transitoire prévoyant une nouvelle contribution en attendant une mesure prévoyant le prélèvement d'une contribution sur les dépenses en marketing qui sera prise en 2014.⁶

La contribution vise à compenser l'effet négatif de la promotion sur l'augmentation du volume de prescription de médicaments remboursables. Les publications en matière de marketing pharmaceutiques mentionnent que les dépenses en marketing représentent environ 15 à 30 % du chiffre d'affaires. Le pourcentage de la contribution de 0,13 % résulte de ces données.

2. Loi-programme du 27.12.2012, M.B. du 31.12.2012 (éd. 2), art. 3.

3. Loi-programme du 27.12.2012, M.B. du 31.12.2012 (éd. 2), art. 4.

4. Loi-programme du 27.12.2012, M.B. du 31.12.2012 (éd. 2), art. 5.

5. Loi-programme du 27.12.2012, M.B. du 31.12.2012 (éd. 2), art. 6-8.

6. Loi-programme du 27.12.2012, M.B. du 31.12.2012 (éd. 2), art. 9-10.

f. Blocage des prix

Afin d'exécuter les mesures décidées par le Gouvernement dans le cadre de la maîtrise des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, les prix des médicaments et des implants ne peuvent augmenter en 2013.⁷

Une dérogation à ce blocage est uniquement prévue dans des cas exceptionnels et pour autant que des raisons particulières liées à la rentabilité mettent en péril la commercialisation du médicament ou de l'implant et la disponibilité d'un traitement pour les patients.

g. Produits de contraste

L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les produits de contraste délivrés par une officine hospitalière est diminuée de 10 %.⁸

Cependant, les hôpitaux peuvent, par le biais de l'utilisation des procédures d'attribution de marchés publics, réaliser d'importantes économies à l'achat de produits de contraste. En réduisant l'intervention de l'assurance pour les produits de contraste, une partie des économies réalisées profite à l'assurance soins de santé.

h. Oxygène médical

L'oxygène médical est exclu de la baisse de prix obligatoire qui intervient normalement après 12 et 15 années de remboursement.⁹ En effet, au moment où les préparations d'oxygène ont été inscrites sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, elles étaient déjà remboursées depuis plus de 12 ans.

2. Organes institués à l'INAMI

a. Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs

Pour simplifier la procédure de composition de la Commission, seul le vice-président est encore désigné par le Ministre, à partir du 22 décembre 2012.¹⁰

b. Conseil médical de l'invalidité

COMMISSION SUPÉRIEURE

La Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité est composée de médecins, de représentants du Service des indemnités, du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et des organismes assureurs. Vu le nombre élevé de dossiers à traiter, le nombre de médecins du Service des indemnités siégeant comme membres suppléants a été doublé à partir du 1^{er} septembre 2011, et passe de 2 à 4 membres.¹¹

7. Loi-programme du 27.12.2012, M.B. du 31.12.2012 (éd. 2), art. 11.

8. Loi-programme du 27.12.2012, M.B. du 31.12.2012 (éd. 2), art. 12-13.

9. Loi-programme du 27.12.2012, M.B. du 31.12.2012 (éd. 2), art. 17.

10. A.R. du 10.11.2012 modifiant en ce qui concerne la Commission de remboursement des Implants et Dispositifs médicaux invasifs, l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 12.12.2012, p. 79668.

11. A.R. du 08.10.2012 modifiant, en ce qui concerne la composition de la Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité institué auprès de l'INAMI l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 17.10.2012, p. 63345.

COMMISSIONS RÉGIONALES

Les commissions régionales ont entre autres pour mission de procéder aux examens corporels des assurés sociaux, à la demande de la Commission supérieure ou d'un de ses membres. Ces commissions sont composées de docteurs en médecine représentant le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et de docteurs en médecine représentant les organismes assureurs. Dans les commissions régionales également, on constate une augmentation du nombre d'assurés sociaux devant passer un examen corporel. Désormais, pour faire face à cette augmentation, la Commission supérieure peut, au cas où un médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux est empêché, inviter un de ses membres, docteur en médecine ou médecin représentant le Service des indemnités, à siéger aux séances de la commission régionale ad hoc ou d'une de ses sections.¹²

3. Financement expérimental

a. Douleur aiguë chez les enfants

Pour traiter et prendre en charge la problématique de la douleur aiguë chez les enfants, un projet a été lancé en 2007 dans le cadre de l'article 56 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Cette disposition a créé un contexte dans lequel la Société belge de pédiatrie peut conclure des conventions avec les hôpitaux en vue d'examiner quels changements de structure ou de pratique sont nécessaires pour améliorer la prévention et la prise en charge de la douleur aiguë chez les enfants.

Les conditions d'octroi d'une intervention ont été modifiées :¹³

- la durée maximale de la convention est désormais de 5 ans au lieu de 3 ans
- l'intervention maximale de l'assurance soins de santé s'élève à maximum 500.000 EUR pour l'année 2011.

b. Formes de soins alternatives

En vertu de l'article 56 de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en vue du financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles. Cette réglementation subit 2 adaptations :¹⁴

- la période de financement direct des projets par l'INAMI est étendue, ce qui implique un report du transfert du financement de l'INAMI à l'organisme assureur
- une disposition est insérée excluant la possibilité pour un patient d'être pris simultanément en charge par 2 projets de soins alternatifs.

12. A.R. du 08.10.2012 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 17.10.2012, p. 63344.

13. A.R. du 30.09.2012 modifiant l'A.R. du 07.04.2005 fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée dans le cadre de projets temporaires et expérimentaux concernant la douleur aiguë chez les enfants, M.B. du 15.10.2012, p. 63010.

14. A.R. du 04.12.2012 modifiant l'A.R. du 02.07.2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'art. 56, § 2, al. 1^{er}, 3^o, de la loi SSI, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles, M.B. du 18.12.2012 (éd. 2), p. 82686.

c. Soins palliatifs de jour

Des conventions peuvent être conclues entre le Comité de l'assurance et les Communautés (flamande, française et germanophone) par lesquelles des prestations dispensées dans le cadre de projets de soins palliatifs de jour sont financées à partir du 1^{er} janvier 2006¹⁵. Ces conventions peuvent étendre leur application jusqu'au 31 décembre 2012.¹⁶

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Mineurs d'âge étrangers non accompagnés

Un mineur d'âge étranger non accompagné est bénéficiaire de l'assurance soins de santé et indemnités pour autant qu'il ait suivi pendant au moins 3 mois successifs l'enseignement du niveau fondamental ou secondaire dans un établissement scolaire agréé. Un arrêté royal déterminera quelles périodes peuvent être assimilées à l'enseignement pour ces enfants en âge scolaire.¹⁷ Il s'agit par exemple de périodes de séjour dans des centres adaptés d'observation et d'orientation.

b. Le maximum à facturer médicaments

La loi sur l'accessibilité aux soins de santé introduit 3 modifications concernant les coûts des médicaments pour les assurés.¹⁸

- Le maximum à facturer contient l'intervention personnelle supportée par l'assuré pour les médicaments. La législation prévoit que l'intervention personnelle pour les médicaments des catégories A, B et C est prise en considération pour l'application du maximum à facturer. À partir du 1^{er} mars 2012, de nouvelles catégories de remboursement Fa et Fb viennent s'y ajouter. Ces nouvelles catégories de remboursement ont été créées par la loi du 17 février 2012¹⁹
- Quand l'intervention personnelle forfaitaire pour des médicaments délivrés à des bénéficiaires séjournant dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour ou d'autres institutions qui constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées aura été déterminée, elle devra également être prise en considération pour le maximum à facturer. Tel est déjà le cas pour l'intervention personnelle forfaitaire des bénéficiaires hospitalisés et pour l'intervention personnelle forfaitaire pour les médicaments délivrés aux bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de soins psychiatriques.

15. A.R. du 08.12.2006 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé en faveur de projets de soins palliatifs de jour, M.B. du 20.12.2006 (éd. 2), p. 73296.

16. A.R. du 20.09.2012 modifiant l'A.R. du 08.12.2006 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé en faveur de projets de soins palliatifs de jour, M.B. du 03.10.2012 (éd. 2), p. 60882.

17. Loi du 27.12.2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 31.12.2012, art. 2.

18. Loi du 27.12.2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 31.12.2012, art. 13-15.

19. Loi du 17.02.2012 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé, M.B. du 17.02.2012 (éd. 3), p. 11600.

- L'article qui stipule dans quels cas l'intervention de l'assurance obligatoire reste inchangée, même si le montant de référence des interventions personnelles prises en charge par le bénéficiaire est atteint, est modifié afin de permettre également le remboursement des catégories précitées (d'interventions personnelles qui entrent en ligne de compte pour le maximum à facturer).

c. Statut affection chronique

La base légale pour le statut de personne souffrant d'une affection chronique a été prévue.²⁰ Ce statut doit permettre à ces personnes de bénéficier automatiquement de certains droits.

L'identification de cette catégorie de bénéficiaires se fait à l'aide d'un ou de plusieurs des 3 critères suivants, qui doivent encore être établis par arrêté royal :

- un montant minimum de dépenses de santé sur une période déterminée, pour démontrer la nature chronique de la maladie. Concrètement, il s'agirait d'un montant minimum de 300 EUR par trimestre pendant une période de 2 ans
- le bénéfice du forfait malade chronique
- souffrir d'une maladie rare ou d'une maladie orpheline.

d. Régime du tiers payant

Le régime du tiers payant qui permet à l'assuré de ne pas devoir avancer le paiement des coûts des soins pris en charge par l'assurance obligatoire contribue à l'accessibilité financière des prestations de santé remboursées. À l'heure actuelle, les dispensateurs de soins sont en principe libres de choisir d'appliquer ou non le régime du tiers payant. Une obligation est uniquement prévue pour certains cas. Cette obligation est étendue dès le 1^{er} janvier 2015 aux bénéficiaires de l'intervention majorée et aux bénéficiaires du statut "affection chronique", et ce pour les prestations de santé que détermine le Roi.²¹

2. Dispensateurs de soins

a. Accord national

Le 1^{er} janvier 2013 entre en vigueur un régime s'appliquant à la situation des médecins et des dentistes dans la période située entre l'échéance d'un accord national et la conclusion d'un nouvel accord national.²² De ce fait, les tarifs pendant cette période sont garantis et il n'y a pas d'insécurité. Un médecin ou un dentiste conserve le même statut de conventionnement qu'il avait avant l'échéance de l'accord jusqu'au jour où il communique son refus d'adhérer au nouvel accord ou jusqu'au jour où il est censé avoir adhéré au nouvel accord.

20. Loi du 27.12.2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 31.12.2012, art. 16-17.

21. Loi du 27.12.2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 31.12.2012, art. 18.

22. Loi-programme du 27.12.2012, M.B. du 31.12.2012 (éd. 2), art. 14-16.

b. Médecins

GROUPES LOCAUX D'ÉVALUATION MÉDICALE

À partir de l'exercice 2011, il est possible d'obtenir le remboursement des frais de fonctionnement des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM).²³ L'intervention est fixée à 200 EUR par réunion et par GLEM, avec un maximum de 4 réunions indemnifiables par année civile, et est subordonnée aux 3 conditions suivantes :

- 4 réunions GLEM valables doivent être organisées par année civile
- la date, le thème et les participations à ces réunions doivent être communiqués au SSS dans les délais impartis
- aucun financement ne peut être obtenu de la part de l'industrie pharmaceutique ou de tout autre sponsor pouvant entraîner un conflit d'intérêt.

PRIME TÉLÉMATIQUE MÉDECINE GÉNÉRALISTE

Les médecins généralistes peuvent obtenir une prime pour l'utilisation d'un logiciel de gestion des dossiers médicaux globaux. En 2012, cette prime s'élève, comme en 2011, à 806,12 EUR.²⁴

AVANTAGES SOCIAUX

Le montant des avantages sociaux pour les médecins qui ont adhéré à l'accord national est fixé à 4.324,69 EUR pour l'année 2012. Pour les médecins qui n'ont adhéré que partiellement à l'accord national, ce montant est de 2.127,03 EUR.

Il est uniquement possible de déroger aux taux honoraires :

- en ce qui concerne les médecins généralistes : pour les consultations, rendez-vous et prestations en cabinet, durant un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues. Le reste de la pratique représente au moins les trois quarts du total de la pratique
- en ce qui concerne les médecins spécialistes : pour les prestations aux patients ambulants (patients non hospitalisés et hors hôpital de jour ou forfait), durant un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues. La moitié au moins du total de toutes les prestations aux patients ambulants doit être effectuée aux taux d'honoraires fixés.

Le montant de la pension de retraite est fixé pour 2012 à 5.307,07 EUR, celui de la pension de survie à 4.422,68 EUR.²⁵

23. A.R. du 12.12.2012 instituant un financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale, M.B. du 27.12.2012 (éd. 2), p. 87933.

24. A.R. du 10.11.2012 modifiant l'A.R. du 06.02.2003 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux, M.B. du 03.12.2012, p. 76919.

25. A.R. du 30.09.2012 fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2012 pour certains médecins par le Service des soins de santé de l'INAMI et adaptant les montants de base des pensions de retraite et de survie visés par l'A.R. du 06.03.2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins, M.B. du 31.10.2012, p. 66217.

c. Praticiens de l'art dentaire

AVANTAGES SOCIAUX

L'arrêté royal fixe la cotisation annuelle pour le régime d'avantages sociaux pour les praticiens de l'art dentaire à 2.149,29 EUR pour l'année 2012.²⁶

d. Kinésithérapeutes

L'arrêté royal fixe la cotisation annuelle pour le régime d'avantages sociaux pour 2011 à 1.423,07 EUR par kinésithérapeute qui répond aux conditions requises.²⁷

e. Pharmaciens

STATUT SOCIAL

Le montant du statut social des pharmaciens est indexé. Par conséquent, il est fixé à 2.636,20 EUR pour 2011.²⁸ Le montant est ramené à :

- 1.977,15 EUR si la durée moyenne hebdomadaire de l'activité atteint 28 heures par semaine sur une base annuelle mais est inférieure à 38 heures par semaine sur une base annuelle
- 1.318,1 EUR si la durée moyenne hebdomadaire de l'activité atteint 19 heures par semaine sur une base annuelle mais est inférieure à 28 heures par semaine sur une base annuelle.

f. Maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins et centres de soins de jour

NOUVELLE CATÉGORIE "D"

A partir du 1^{er} juillet 2012 une nouvelle catégorie "D" a été introduite pour les MRPA. À partir du 1^{er} juillet 2013, cette catégorie est également introduite dans les MRS.²⁹ La catégorie "D" comporte les bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence a été constaté ou confirmé. Concrètement, 200 nouveaux ETP sont créés dans le secteur, ce qui doit permettre un meilleur encadrement de la démence. La nouvelle réglementation contient les dispositions suivantes :

- définition de la catégorie de bénéficiaires et distinction avec d'autres catégories telles que la catégorie Cd qui contient les personnes désorientées dépendantes physiquement
- la procédure à suivre pour la demande d'intervention auprès de l'organisme assureur pour un bénéficiaire classé dans la catégorie D

26. A.R. du 30.09.2012 fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2012 par le Service des soins de santé de l'INAMI telle qu'elle est prévue par l'A.R. du 17.08.2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art dentaire, M.B. du 31.10.2012, p. 66218.

27. A.R. du 04.10.2012 modifiant l'A.R. du 23.01.2004, instituant un régime d'avantages sociaux pour certains kinésithérapeutes, M.B. du 31.10.2012, p. 66220.

28. A.R. du 01.10.2012 modifiant l'A.R. du 18.03.1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains pharmaciens, M.B. du 31.10.2012, p. 66219.

29. A.R. du 05.12.2012 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 17.12.2012 (éd. 2), p. 80477 et A.M. du 05.12.2012 modifiant l'A.M. du 06.11.2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'art. 37, § 12, de la loi SSI, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, M.B. du 17.12.2012 (éd. 2), p. 80479.

- en vue du financement des membres du personnel supplémentaires, la liste des qualifications dont ils doivent disposer est actualisée
- le pourcentage et le mode de calcul des prestations irrégulières et inconfortables des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes et des membres du personnel de réactivation sont modifiés
- introduction de règles de calcul du nombre d'ETP pouvant entrer en ligne de compte pour une indemnité dans l'établissement. Inversement, la liste des ETP qui ne peuvent pas entrer en ligne de compte pour une indemnité via le forfait est également actualisée
- les prestations des directeurs qualifiés, indépendants, salariés ou statutaires qui peuvent être pris en considération en cas de manque, sont précisées
- les règles relatives à la flexibilité sont modifiées : dans un établissement qui emploie au moins 7 ETP praticiens de l'art infirmier, jusqu'à 30 % de la norme du personnel infirmier peut être remplacé par du personnel de réactivation et/ou du personnel soignant
- les règles de calcul de l'ancienneté sont définies
- la formule pour le calcul de l'intervention pour le matériel de soins est établie
- la réglementation concernant les conditions qui doivent être remplies pour obtenir le financement d'une personne de référence pour la démence est précisée et simplifiée
- les règles de financement et leur entrée en vigueur sont fixées. Un financement intermédiaire est prévu pour les MRPA. Pour les MRS, le financement de la nouvelle norme doit encore être fixé
- pour le calcul des conditions en matière de continuité des soins, les patients de la catégorie D sont ajoutés en plusieurs endroits, ce qui constitue une extension de la norme, sans financement complémentaire
- tous les calculs (formules) se basent sur le nombre de patients et donc plus sur le nombre de bénéficiaires.

Les formulaires de demande d'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière pour les MRPA et les MRS sont modifiés, tout comme l'échelle de Katz y afférente.³⁰

En outre, les notes de frais individuelles, le formulaire de demande d'allocation, la notification et l'engagement de paiement sont également modifiés et 2 nouveaux formulaires sont ajoutés : une attestation du médecin traitant pour les CSJ et une note de frais rectificative pour les MRPA/MRS/CSJ.³¹

Les nouveaux formulaires entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

ACCORDS SOCIAUX MAISONS DE REPOS POUR PERSONNES ÂGÉES ET MAISONS DE REPOS ET DE SOINS

Dans le budget de 2011, un arrêté royal prévoit un montant en vue de la création d'emploi et de l'extension de la règle de financement pour les prestations inconfortables.³²

30. Règlement du 22.10.2012 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 23.11.2012 (éd. 3), p. 71502.

31. Règlement du 17.12.2012 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 31.12.2012, p. 88541.

32. A.R. du 12.12.2012 modifiant l'A.R. du 17.08.2007 pris en exécution des art. 57 et 59 de la loi-programme du 02.01.2001 concernant l'harmonisation des barèmes et l'augmentation des rémunérations dans certaines institutions de soins, M.B. du 18.12.2012 (éd. 2), p. 82687.

- Les montants payés aux établissements comportent le financement de l'indemnisation des prestations inconfortables pour le personnel de réactivation et pour le personnel logistique et administratif
- Les moyens dévolus à la création d'emploi (165 équivalents temps plein) sont utilisés de la façon suivante :
 - le secteur privé reçoit un financement pour 105 ETP
 - le secteur public reçoit un financement pour 60 ETP.
- Les établissements qui répondent aux critères pour le financement sont inscrits dans une liste. Si des MRS ou MRPA figurant dans la liste renoncent à un nouvel emploi, le financement de cet emploi peut profiter à d'autres établissements de cette liste. Cette liste sera par conséquent adaptée annuellement.

FINANCEMENT DES CENTRES DE SOINS DE JOUR

L'arrêté ministériel qui règle le financement des centres de soins de jour subit quelques adaptations techniques améliorant la lisibilité de la réglementation.³³

g. Montants de référence hôpitaux

Le montant de référence est la norme permettant de comparer les hôpitaux et a pour objectif d'éliminer des différences injustifiées au niveau de la pratique. C'est surtout le cas pour des affections médicales relativement courantes et peu graves pour lesquelles un certain degré de standardisation ou d'harmonisation de la pratique peut être développé et atteint.

L'application du système des montants de référence s'étend à tous les séjours, aux hospitalisations classiques et aux hospitalisations de jour. Par groupe de diagnostic chirurgical, une période de carence est prise en compte et, par conséquent, des prestations réalisées au cours des 30 jours qui précèdent l'admission à l'hôpital sont prises en compte.

Ces 2 nouvelles dispositions sont valables pour des admissions qui se sont terminées après le 31 décembre 2012.³⁴

3. Prestations

a. Médecins

NOMENCLATURE DE RÉANIMATION

L'article 13 de la nomenclature a été modifié en profondeur à partir du 1^{er} décembre 2012.³⁵

33. A.M. du 13.12.2012 modifiant l'A.M. du 22.06.2000 fixant l'intervention visée à l'art. 37, § 12, de la loi SSI, dans les centres de soins de jour, M.B. 21.12.2012 (éd. 2), p. 87048.

34. A.R. du 18.12.2012 portant exécution de l'art. 56ter, § 1^{er}, et § 11, 2^o, al. 1^{er}, de la loi SSI pour ce qui concerne les montants de référence par admission, M.B. du 28.12.2012 (éd. 3), p. 88468.

35. A.R. du 20.09.2012 modifiant les art. 3, § 1^{er}, A, I, 11, 12, § 3, 2^o, d), 13, 17, § 1^{er}, 12^o, 17bis, § 1^{er}, 5, 17ter, A, 9^o, 20, § 1^{er}, a), d), e), f), 25, § 2, a), 2^o et 26, § 4, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 18.10.2012, p. 63465 et l'er., M.B. du 30.11.2012 (éd. 3), p. 76763.

L'article 13, § 1^{er}, est scindé en 3 sous-rubriques :

- les prestations de la sous-rubrique A sont accessibles à tous les médecins spécialistes qui peuvent attester les anciennes prestations de l'article 13 ainsi qu'aux nouvelles spécialités médecine d'urgence, médecine aiguë, oncologie médicale et gériatrie
- les prestations de la sous-rubrique B sont réservées aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins intensifs. Elles ne sont par ailleurs attestables que si elles sont effectuées dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs
- les prestations de la sous-rubrique C sont accessibles aux médecins spécialistes en pédiatrie, porteurs du titre professionnel particulier en néonatalogie, et sont uniquement attestables si elles sont effectuées dans les locaux d'un service agréé NIC (soins intensifs de néonatalogie), sauf disposition contraire.

Les libellés des différentes prestations et les règles d'application de l'article 13 sont complétés, modifiés ou supprimés. De nouvelles prestations, qui correspondent à l'évolution technique actuelle, sont introduites dans la nomenclature. Un certain nombre de prestations sont déplacées. Au besoin, des prestations d'autres articles sont également adaptées.

Un nouveau paragraphe, article 13, § 3, est inséré. Ce paragraphe contient les règles d'application. Il y est précisé quand des prestations telles que "surveillance continue des fonctions vitales et non vitales" peuvent être attestées, ainsi que des mesures transitoires afin de compenser le manque actuel de médecins spécialistes porteurs d'un titre professionnel particulier en soins intensifs.

IMAGERIE MÉDICALE

La nomenclature de l'article 17^{quater}, § 3 "échographies" est modifiée à partir du 1^{er} décembre 2012.³⁶ Chaque prestation d'échographie est attribuée à une spécialité. Cette attribution sélective permettra de réaliser d'importantes économies.

TRANSPLANTATION DE CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES

La nomenclature des prestations de médecine interne est modifiée en ce qui concerne la transplantation de cellules souches hématopoïétiques.³⁷ Les modifications entrent en vigueur le 1^{er} février 2013.

- La valeur du remboursement change en ce qui concerne la "coordination de la transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes en cas de donneur non apparenté"
- Étant donné que l'EBMT (European Bone Marrow Transplantation Society) ne donne plus d'accréditations, l'accréditation EBMT est remplacée dans la nomenclature par un autre critère : l'accréditation JACIE (Joint Accreditation Committee of the International Society for Cellular Therapy (ISCT))
- Les prestations réalisées sur le donneur et les frais d'hospitalisation sont facturés au receveur, étant entendu qu'il soit spécifié qu'ils sont relatifs au donneur. Le but est de ne rembourser des frais que s'il y a un réel receveur et que, par conséquent, la transplantation a réellement eu lieu. Cela est précisé dans le texte
- Il est également précisé que les frais de transport des échantillons sanguins (confirmatory typing) sont inclus dans le forfait de coordination.

36. A.R. du 20.09.2012 modifiant l'art. 17^{quater}, § 3, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 19.10.2012 (éd. 4), p. 63949.

37. A.R. du 06.12.2012 modifiant l'art. 20, § 1^{er}, a), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 21.12.2012 (éd. 2), p. 87046.

CATHÉTÉRISME CARDIAQUE

Une erreur est rectifiée à l'article 20, § 1^{er}, e), de la nomenclature en ce qui concerne le cathétérisme cardiaque : "par voie veineuse avec ponction transseptale" au lieu de "par voie artérielle".³⁸ Cette rectification entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

EXAMENS GÉNÉTIQUES

À partir du 1^{er} janvier 2013, la nomenclature de l'article 33 se modernise en ce qui concerne l'anatomie pathologique et l'examen génétique.³⁹ Les prestations sont réparties en 5 catégories : les analyses cytogénétiques, les analyses prénatales, les cultures, les analyses moléculaires et les dosages.

La réforme de la nomenclature a pour objectif :

- de mettre en œuvre une plus grande transparence dans les activités relatives à la génétique
- de rendre plus clairs les libellés des méthodes utilisées (types de tests) et des indications cliniques
- de mieux contrôler les dépenses du secteur
- de s'adapter aux exigences de qualité actuelles.

PRESTATIONS INTERVENTIONNELLES PERCUTANÉES

L'article 34 de la nomenclature est modifié à partir du 1^{er} janvier 2013 en ce qui concerne la prestation PCI : percutaneous coronary intervention avec ou sans placement de stents au niveau d'une artère coronaire.⁴⁰

NEUROPSYCHIATRIE (DÉMENCE)

Le 1^{er} avril 2011, 2 règles interprétatives entrent en vigueur en ce qui concerne les honoraires relatifs au bilan diagnostique de la démence.⁴¹

- Le bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste est attestable uniquement sur prescription motivée du médecin généraliste ou spécialiste traitant. Le prescripteur doit être différent du prestataire
- Le neuropsychologue qui reçoit la mission du neurologue, gériatre ou psychiatre, d'effectuer un examen neuropsychologique est payé par les honoraires perçus pour la prestation par le médecin-spécialiste qui l'a chargé de cette mission.

38. A.R. du 20.09.2012 modifiant l'art. 20, § 1^{er}, e), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 08.10.2012, p. 61219 et l'avis rectificatif, M.B. du 18.10.2012, p. 63475.

39. A.R. du 10.11.2012 modifiant l'art. 33 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28.11.2012 (éd. 2), p. 76062.

40. A.R. du 18.10.2012 modifiant l'art. 34, § 1^{er}, a), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 13.11.2012, p. 67717.

41. Règles interprétatives du 01.10.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 22.10.2012, p. 64198.

PNEUMOLOGIE

À partir du 22 octobre entre en vigueur une règle interprétative qui confirme explicitement la règle (tacite) selon laquelle lorsqu'une prestation spécifique de la nomenclature est libellée, elle doit être attestée et non une prestation similaire formulée en des termes plus généraux.

Il s'agit notamment de la bronchoscopie chez des patients intubés sans biopsie qui ne peut être attestée que pour cette indication spécifique.⁴²

OPHTALMOLOGIE

Étant donné que la règle d'application modifiée de la prestation "visite demandée par le médecin de surveillance" était en contradiction avec la règle interprétative existante, cette dernière doit être abrogée. L'abrogation de la règle interprétative entre en vigueur à partir de la modification de la règle d'application au 1^{er} mai 2003.⁴³

b. Praticiens de l'art dentaire

Le 24 septembre 2012, le Comité de l'assurance soins de santé a approuvé 3 nouvelles règles interprétatives en matière de soins dentaires :⁴⁴

- une règle interprétative pour les traitements orthodontiques est modifiée à partir du 1^{er} mai 2009 : il s'agit d'une adaptation des numéros de nomenclature entre-temps modifiés
- une règle interprétative pour les soins conservateurs précise que le supplément d'honoraires pour l'utilisation de la technique adhésive ne peut être attesté pour des obturations à l'amalgame d'argent. Cette règle entre en vigueur le 1^{er} juin 2007
- en ce qui concerne les radiographies, une règle interprétative stipule que l'imagerie 3D prise au moyen d'un appareil Conebeam CT ne peut être attestée comme une radiographie de l'article 5 de la nomenclature. Cette règle entre en vigueur le 1^{er} mai 2009, date à laquelle la nomenclature des radiographies a été modifiée.

c. Logopèdes

À partir du 10 novembre 2012, les traitements logopédiques de minimum 60 minutes ne font plus l'objet d'un remboursement à partir du 1^{er} janvier 2013, pour les patients de moins de 10 ans, quelle que soit la prestation logopédique.⁴⁵ Les séances de 60 minutes seront remplacées dans la pratique par des séances de 30 minutes.

d. Opticiens

Le texte de la nomenclature des opticiens a été réécrit de fond : les dispositions des articles 30, 30bis et 30ter sont réunies.

42. Règles interprétatives du 01.10.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 22.10.2012, p. 64198.

43. Règles interprétatives du 01.10.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 22.10.2012, p. 64197.

44. Règles interprétatives du 24.09.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 06.11.2012, p. 66652.

45. A.R. du 10.11.2012 modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, 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 23.11.2012 (éd. 3), p. 71513.

Les modifications entrent en vigueur à partir du 1^{er} décembre 2012 et les éléments principaux en sont les suivants :⁴⁶

- le délai de renouvellement des verres de lunettes à dioptrie élevée (> 8 dioptrie) est abaissé pour les bénéficiaires de moins de 18 ans
- l'assurance soins de santé intervient dans les verres de lunettes bifocaux et multifocaux ayant une puissance inférieure à 8.25 dioptrie pour les personnes de moins de 18 ans
- outre le remboursement des verres de lunettes minéraux, les bénéficiaires ont également droit à partir de leur 65^e anniversaire au remboursement des verres de lunettes organiques bifocaux et multifocaux
- les clips et surlunettes avec filtre médical et teinte fixe font l'objet d'un remboursement
- les lentilles de contact spécifiques en cas d'irrégularités de la cornée sont remboursées
- le délai de renouvellement pour les lentilles de contact est abaissé. Pour les lentilles rigides et les lentilles optiques sclérales, le délai passe de 5 ans à 3 ans, pour les lentilles souples, il passe de 3 ans à 1 an
- le bénéficiaire a droit chaque année à un forfait pour l'entretien d'une prothèse oculaire
- l'obturateur avec micropores peut désormais être renouvelé au maximum 3 fois pour le bénéficiaire jusqu'à son 18^e anniversaire, au lieu d'une seule fois
- les personnes souffrant d'une diplopie et d'un trouble oculaire inférieur à 8.25 dioptrie ont droit à un forfait pour un prisme optique taillé dans un verre de lunettes.

Le modèle de prescription pour les prestations de l'article 30 est fixé à partir du 1^{er} décembre 2012.⁴⁷ Les ophtalmologues peuvent encore utiliser leur propre formulaire jusqu'au 1^{er} février 2013.⁴⁸

e. Audiciens

La nomenclature des acousticiens a été modifiée à partir du 1^{er} décembre 2012.⁴⁹

- Le remboursement des appareils auditifs est amélioré par une extension des conditions de remboursement à certains groupes de personnes ayant une perte auditive de moins de 40 dB. Il s'agit d'enfants souffrant de problèmes du langage et/ou de la parole et d'adultes présentant un audiogramme atypique
- Le remboursement pour les appareillages controlatéraux est étendu
- Les bénéficiaires qui, pour des raisons médicales, doivent passer d'un appareillage à conduction aérienne à un appareil à conduction osseuse ou inversement peuvent renouveler leurs appareils auditifs avant l'échéance du délai de renouvellement
- Les procédures administratives sont explicitées
- Un questionnaire standardisé (COSI) est introduit afin d'augmenter la satisfaction du patient.

46. A.R. du 30.09.2012 modifiant les art. 30, 30bis et 30ter de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 15.10.2012, p. 63011.

47. Règlement du 22.10.2012 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 19.11.2012, p. 68826.

48. Règlement du 17.12.2012 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 21.12.2012 (éd. 3), p. 87228.

49. A.R. du 22.10.2012 modifiant l'art. 31 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 29.10.2012, p. 65939.

Le ticket modérateur à charge du patient est adapté en vertu de la nomenclature modifiée. L'arrêté royal fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations d'audiiciens est modifié.⁵⁰

Les formulaires se modernisent conformément à la nouvelle nomenclature.⁵¹

f. Bandagistes

Les formulaires utilisés dans le cadre du remboursement des aides à la mobilité ont été évalués et adaptés. De nouveaux formulaires sont utilisables à partir du 1^{er} janvier 2013.⁵² Les formulaires rédigés avant cette date demeurent valables jusqu'à la fin de la procédure de demande.

g. Orthopédistes

La nomenclature relative aux vêtements compressifs est précisée via 4 règles interprétatives à partir du 1^{er} mars 2012.⁵³ Les questions suivantes font l'objet d'une réponse précise :

- Quels médecins-spécialistes peuvent prescrire des vêtements compressifs pour diverses indications ?
- Que faut-il entendre par le terme "brûlures" au §18, E. ?
- Les centimètres supplémentaires à une pelote de base n'entrent pas en ligne de compte pour le nombre maximum de prestations supplémentaires en silicone
- A combien de pièces remboursables a droit un patient quand il atteint ses 18 ans pendant son traitement ?

h. Implants

PROTHÈSES CAPILLAIRES

La base légale du remboursement des prothèses capillaires ne figure plus dans la liste des dispositifs médicaux mais dans la liste des prestations de l'article 35 de la loi coordonnée.⁵⁴

Par arrêté royal, le remboursement des prothèses capillaires peut être subordonné à l'autorisation du médecin-conseil. Ce dernier peut aussi effectuer les contrôles requis quant à la prescription et à la délivrance correctes ou incorrectes de la prestation.

50. A.R. du 19.11.2012 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations d'audiiciens, M.B. du 28.11.2012 (éd. 2), p. 76071.

51. Règlement du 12.11.2012 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 28.11.2012 (éd. 2), p. 76075.

52. Règlement du 22.10.2012 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 19.11.2012, p. 68785.

53. Règles interprétatives du 22.10.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 12.11.2012, p. 67609.

54. Loi du 27.12.2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 31.12.2012, art. 4-6.

ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

À partir du 1^{er} février 2013, la nomenclature est modifiée en ce qui concerne la prothèse de disque et la vis d'ostéosynthèse :⁵⁵

- Ajout d'une nouvelle prestation "Insert ou noyau, en polyéthylène, d'une prothèse totale de disque lombaire"
- Extension des critères d'exclusion au patient chez lequel plusieurs prothèses de disque lombaire sont placées lors de la même intervention
- Adaptation du libellé de la vis d'ostéosynthèse : désormais, le terme "vis" est remplacé par les termes "vis ou cheville".

Une règle interprétative concernant la nomenclature des prestations arthroscopiques est modifiée à partir du 1^{er} août 2012.⁵⁶ Cette modification actualise l'ancien texte en ce sens que la règle interprétative a également des effets sur des modifications récemment apportées à la nomenclature.

À partir du 1^{er} décembre 2012, le remboursement des prothèses de hanche avec tête/cupule métal/métal ou céramique/céramique est modifié.⁵⁷ Précédemment, une tête en métal ou une cupule en polyéthylène étaient fréquentes. Mais, vu l'évolution technologique, les prothèses métal/métal ou céramique/céramique ont été fortement améliorées. Pour limiter le coût de cette nouvelle technique à charge du patient, le remboursement est majoré.

UROLOGIE ET NÉPHROLOGIE

À partir du 1^{er} décembre 2012, l'assurance soins de santé intervient dans les frais des agents de renflement pour le traitement du reflux vésico-urétéral.⁵⁸

CHIRURGIE DU THORAX ET CARDIOLOGIE

À partir du 1^{er} décembre 2012, une nouvelle prestation de l'article 35*bis* de la nomenclature peut être attestée.⁵⁹ Il s'agit de l'extraction mécanique d'électrodes endoveineuses.

CHIRURGIE VASCULAIRE

À partir du 1^{er} janvier 2013, la prestation qui libelle le remboursement du matériel multitronculaire est modifiée.⁶⁰ Cette modification rectifie une incohérence entre une règle d'application du matériel selon laquelle ce matériel peut être remboursé par admission, et l'acte médical qui peut être attesté par séance opératoire.

55. A.R. du 25.10.2012 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 11.12.2012, p. 79408.

56. Règles interprétatives du 22.10.2012 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 11.12.2012, p. 79534.

57. A.R. du 04.10.2012 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 19.10.2012 (éd. 4), p. 63951.

58. A.R. du 04.10.2012 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 17.10.2012, p. 63343 et l'erratum, M.B. du 07.03.2013, p. 13855.

59. A.R. du 04.10.2012 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 18.10.2012, p. 63474.

60. A.R. du 18.10.2012 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 13.11.2012, p. 67716.

i. Prestations pharmaceutiques

MÉDICAMENTS LES MOINS CHERS

En cas de prescription d'un principe actif, le pharmacien délivre obligatoirement, à partir du 1^{er} avril 2012, une spécialité pharmaceutique faisant partie du groupe des spécialités "les moins chères". À partir du 20 novembre 2012, un arrêté royal apporte certaines précisions aux dispositions identifiant ce groupe de médicaments.⁶¹

Indisponibilité

Si des spécialités pharmaceutiques mentionnées comme médicaments les moins chers ne sont pas disponibles dans le commerce, le pharmacien peut délivrer un autre médicament disponible (le meilleur marché possible et remboursable) en dehors du groupe des "médicaments les moins chers". Cela doit être indiqué et il faut mentionner sur la prescription qu'il s'agit d'une indisponibilité.

Statut de "meilleur marché"

La version provisoire du tableau indiquant si une spécialité pharmaceutique fait partie ou non du groupe des "médicaments les moins chers" est rendue publique 6 semaines à l'avance par le Service des soins de santé. Cette version provisoire indique, par groupe, la valeur la plus élevée de la base de remboursement qui permet encore de faire partie du groupe des "médicaments les moins chers". Les firmes ont la possibilité d'introduire par voie de procédure accélérée, jusqu'au dernier jour ouvrable du mois, des baisses de prix volontaires pour tout de même faire partie du groupe des "médicaments les moins chers".

SEVRAGE TABAGIQUE

L'assurance soins de santé intervient dans l'aide au sevrage tabagique. Un arrêté royal déterminera si une aide est accordée à l'aide pharmaceutique dans le sevrage tabagique.⁶² Cet aspect du sevrage tabagique est actuellement facultatif.

RADIO-ISOTOPES

La procédure de remboursement pour les radio-isotopes est modifiée et présente désormais de nombreuses similitudes avec la procédure de remboursement des médicaments.⁶³

Concrètement, cela signifie que les radio-isotopes sont inscrits dans une liste de spécialités remboursables après évaluation d'un dossier de demande par le Conseil technique des radio-isotopes, dans un délai déterminé.

- L'ancienne procédure de l'article 35, § 2^{ter}, est simplifiée : la liste avec les propositions de nomenclature ne doit plus être transmise par le Comité de l'assurance. Afin de permettre une adaptation aisée de la liste, celle-ci peut, sur proposition du Conseil technique des radio-isotopes, être adaptée par le Ministre sans passage par le Comité de l'assurance
- L'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux n'est plus obligatoire
- La liste doit être transmise tous les trois mois à la Commission de contrôle budgétaire

61. A.R. du 05.11.2012 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 20.11.2012 (éd. 2), p. 68946.

62. Loi du 27.12.2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 31.12.2012, art. 3.

63. Loi du 27.12.2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 31.12.2012, art. 7-12.

- Les produits radioactifs ou les produits fabriqués radioactivement et faisant partie d'autres catégories de prestations de santé peuvent être assimilés par arrêté royal à des radio-isotopes remboursables
- La firme qui demande le remboursement d'un produit radiopharmaceutique est tenue d'approvisionner le marché. De cette obligation découle également une obligation d'information pour les fournisseurs. Si le marché ne peut pas être approvisionné, la conséquence de cette obligation est la suppression d'office de la liste des produits remboursables.

INDICATEURS

Le 5 novembre 2012, le Comité d'évaluation de la pratique médicale en matière de médicaments a publié des indicateurs pour les statines et les inhibiteurs de la pompe à protons.⁶⁴ Sur la base de ces indicateurs, le profil de prescription des médecins sera examiné quant au respect des recommandations.⁶⁵

Les indicateurs doivent sonder le comportement prescripteur efficace.

III. Indemnités

1. Qualité de travailleur salarié avec personne à charge

Le seuil de revenus "avec charge de famille" que la personne, qui peut faire naître la charge de famille et qui cohabite avec le titulaire en incapacité de travail, ne peut dépasser pour que ce titulaire puisse prétendre à une indemnité de titulaire avec charge de famille a été revalorisé au 1^{er} septembre 2011.⁶⁶

Toutefois, à partir de cette date, le montant de l'indemnité minimum du travailleur salarié régulier-cohabitant a également augmenté de 2 %.

De ce fait, le montant de l'indemnité minimum du travailleur salarié régulier-cohabitant est supérieur au plafond de revenus "avec charge de famille" applicable à cette date.

Pour supprimer cet effet négatif, il n'est pas tenu compte de cette augmentation de l'indemnité minimum du travailleur salarié régulier-cohabitant pour l'octroi de la qualité de travailleur salarié avec charge de famille.⁶⁷ Les revalorisations du 1^{er} septembre 2011 sont donc mutuellement neutralisées.

64. Indicateurs pour l'évaluation de la prescription de médicaments soumis au contrôle a posteriori, M.B. du 05.11.2012 (éd. 2), p. 66487.

65. Voir B.I. 2010/4, p. 423, Recommandations sur l'utilisation des inhibiteurs, M.B. du 20.08.2010, p. 54469 et Recommandations concernant l'usage et la prescription des statines, M.B. du 20.08.2012, p. 54472.

66. Voir B.I. 2011/4, p. 451 – A.R. du 06.07.2011 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 28.07.2011, p. 43622.

67. A.R. du 15.10.2012 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 24.10.2012 (éd. 2), p. 65333.

2. Calcul de l'indemnité d'incapacité de travail du chômeur contrôlé

Des modifications importantes sont apportées à la réglementation du chômage à partir du 1^{er} novembre 2012. Ces modifications doivent renforcer la dégressivité du montant des allocations de chômage. Ces nouvelles mesures ont des répercussions sur le calcul de la rémunération perdue du titulaire qui, au début de son incapacité de travail, est chômeur complet contrôlé. Dans un premier stade, le mode de calcul de l'indemnité d'incapacité de travail en l'absence de salaire est modifié comme suit : ⁶⁸

- pour le titulaire en chômage complet contrôlé ayant charge de famille dont l'allocation de chômage a été ou aurait été calculée sur la base d'un salaire perçu dans le cadre d'une activité professionnelle s'il n'avait pas bénéficié de l'indemnité minimale, la modification implique plus concrètement qu'il est toujours tenu compte du montant du complément d'ancienneté auquel il peut prétendre (adaptation requise pour pouvoir également prendre en compte le montant (non forfaitaire) du complément d'ancienneté chez le titulaire qui se trouve dans les phases 2.1 à 2.4 incluses de la deuxième période d'indemnisation)
- pour le titulaire en chômage complet contrôlé qui bénéficie au moment du risque d'une allocation de chômage forfaitaire comme travailleur salarié cohabitant dans la troisième période d'indemnisation, la rémunération perdue est égale à la rémunération minimum fixée à la date de début de l'incapacité de travail par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés pour un employé de catégorie I comptant neuf années d'expérience professionnelle.

3. Indemnité pour frais funéraires

L'indemnité forfaitaire pour frais funéraires de 148,74 EUR pour les décès qui surviennent à partir du 1^{er} janvier 2013, a été supprimée.⁶⁹ Cette indemnité était payée à condition pour la personne décédée d'avoir eu la qualité de titulaire dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés, d'avoir été travailleur salarié ayant droit à une pension de retraite ou encore d'avoir été bénéficiaire d'une pension de retraite ou d'invalidité en tant qu'ouvrier mineur. Une condition supplémentaire s'appliquait au titulaire d'une pension de retraite : le jour de son décès, il devait pouvoir prétendre aux prestations de santé en tant que titulaire.

Cette indemnité était octroyée aux personnes qui avaient réellement supporté les frais funéraires. L'entrepreneur de pompes funèbres (sauf s'il était le conjoint, un parent ou allié jusqu'au troisième degré de la personne décédée) et la/les personne(s) juridique(s) de droit privé qui avaient supporté en tout ou en partie les frais funéraires en vertu d'un contrat d'assurance, n'étaient jamais considérés comme de telles personnes.

68. Règlement du 21.11.2012 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi, M.B. du 20.12.2012 (éd. 4), p. 86429.

69. Loi-programme du 27.12.2012, M.B. du 31.12.2012 (éd. 2), p. 88860.

4. Adaptation hors index

À partir du 1^{er} septembre 2012, le montant journalier des indemnités d'invalidité est revalorisé pour la catégorie des travailleurs salariés dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2004.⁷⁰

IV. Contrôle administratif

1. Récupération de prestations indûment payées

Quand des indemnités ou des prestations de soins de santé ont été indûment payées, les organismes assureurs (mutualités) sont tenus de récupérer les montants indus en vertu de l'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans le délai fixé à l'article 326, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Soit l'organisme assureur (mutualité) obtient le remboursement, soit il ne l'obtient pas.

L'article 327, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 prévoit que les montants des prestations payées indûment non encore récupérés sont amortis par leur inscription en frais d'administration dans les trois mois qui suivent l'expiration des délais fixés à l'article 326.

Si l'organisme assureur n'a pas obtenu la récupération, mais que la procédure de récupération a été menée en bon père de famille, c'est-à-dire que tous les moyens nécessaires ont été mis en œuvre, le Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif peut dispenser l'organisme assureur d'inscrire le montant en frais d'administration, conformément à l'article 327, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

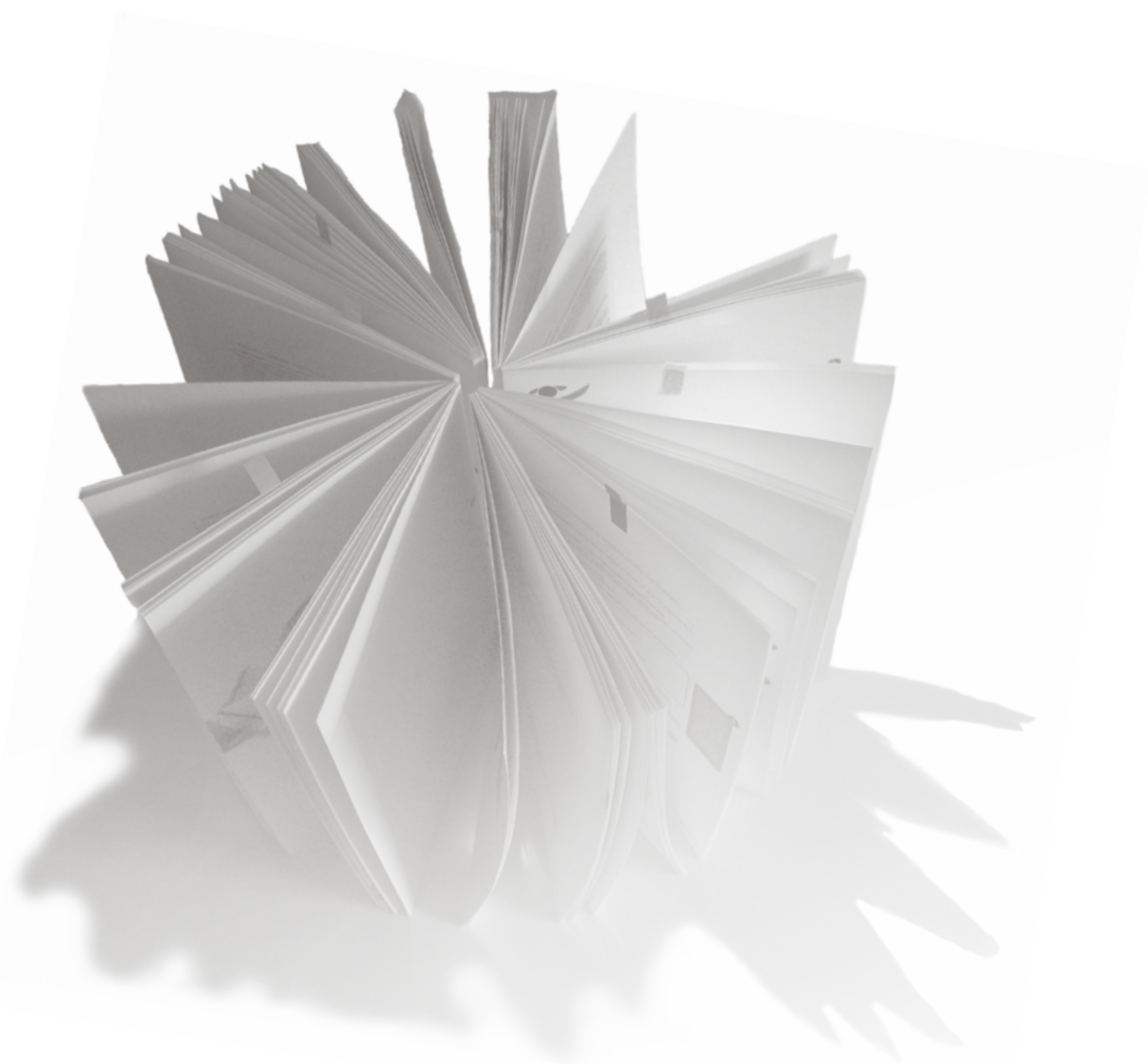
L'arrêté royal du 30 septembre 2012 a apporté trois modifications importantes :

- la notion de "prolongation" a été supprimée et les motifs de suspension du délai de récupération de 2 ans ont été actualisés et rendus plus cohérents
- le délai dans lequel les mutualités peuvent introduire une demande auprès du Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI à l'expiration du délai de récupération a été prolongé de 3 à 6 mois
- le seuil pour introduire une demande auprès du Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif a été porté de 300 EUR à 600 EUR.

70. Adaptation hors index au 01.09.2012 du montant de certaines prestations sociales, M.B. du 22.10.2012, p. 64196.

3^e Partie

Jurisprudence



I. Tribunal du travail de Bruxelles, 14 mars 2013

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, articles 34, alinéa 2 et 73 Caractère expérimental – aléa thérapeutique

Le caractère expérimental d'un acte médical ne peut être confondu avec l'aléa thérapeutique.

Le caractère expérimental d'un traitement tient à son caractère de nouveauté et d'innovation, mais également à l'incertitude quant aux effets précis de son administration. Il est lié aux résultats qui peuvent être espérés.

L'aléa thérapeutique dans l'administration d'un traitement tient en ce que le résultat escompté n'est pas atteint. Le médecin praticien ne noue pas d'obligation de résultat vis-à-vis du patient.

La volonté de transposer un traitement éprouvé et avéré dans l'appréhension d'une certaine pathologie, en vue de soigner une autre pathologie, ne peut relever que de l'expérimentation. En l'absence de cas similaire traité antérieurement par ce moyen, le caractère innovateur de la démarche ne peut être nié. En vertu de l'article 34, alinéa 2 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il n'appartient dès lors pas à la sécurité sociale de supporter les coûts liés à de telles expérimentations.

R.G. n° 10/882/A

J.I.C.G. c./organisme assureur et INAMI

...

III. La décision contestée – L'objet du recours

Par lettre du 6 octobre 2009, le collège des médecins-directeurs de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (ci-après, le "Le Collège" ou "l'INAMI") a refusé la prise en charge du placement d'un implant cochléaire, telle que sollicitée par la demande du 31 août 2009.

Cette décision est motivée, entre autres, par les éléments suivants :

- la demande de remboursement est fondée sur un nombre d'hypothèses
- il n'existe pas de garantie quant à un éventuel bénéfice qu'apporterait la pose de l'implant
- une intervention est envisagée en cas d'échec
- il s'agit d'un essai, pour étudier les résultats et le réglage d'un implant cochléaire dans ce style de lésion anatomique
- il s'agit néanmoins d'un cas digne d'intérêt
- les hôpitaux disposent de budgets spéciaux pour effectuer ce type d'études
- l'assurance soins de santé ne peut intervenir dans le cadre d'essais cliniques
- il s'agit d'une prestation particulièrement onéreuse à charge du régime des soins de santé.

À l'instar de Monsieur D., Monsieur C. G. estime répondre aux conditions de la nomenclature.

Il sollicite, en ordre subsidiaire, qu'un médecin expert soit désigné.

...

VII. Discussion

A. Les principes

L'article 34, alinéa 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 énonce que l'assurance soins de santé n'intervient pas en principe dans les prestations accomplies dans un but esthétique et dans les prestations accomplies dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques, sauf dans les conditions fixées par le Roi, après avis du Comité de l'assurance.

L'article 73 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que :

Le médecin et le praticien de l'art dentaire apprécient en conscience et en toute liberté les soins dispensés aux patients. Ils veilleront à dispenser des soins médicaux avec dévouement et compétence dans l'intérêt et dans le respect des droits du patient et en tenant compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société.

Ils s'abstiennent de prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les dispensateurs de soins autres que ceux visés à l'alinéa 1^{er} s'abstiennent également d'exécuter ou de faire exécuter des prestations inutilement onéreuses ou superflues à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

(...)

§ 2. Le caractère inutilement onéreux ou superflu de ces prestations s'évalue selon la procédure prévue à l'article 146bis, § 1^{er}, sur base d'un ou de plusieurs indicateurs de déviation manifeste définis par le Conseil national de la promotion de la qualité par rapport à des recommandations de bonne pratique médicale.

(...)

§ 4. À défaut d'indicateurs de déviation manifeste visés au § 2, la pratique est comparée selon la procédure prévue à l'article 146bis, § 2, avec la pratique de dispensateurs normalement prudents et diligents placés dans des circonstances similaires. Il est tenu compte entre autres d'informations scientifiques, acceptées par des associations et/ou institutions scientifiques qui bénéficient d'une notoriété générale.

L'article 35, § 8 de la nomenclature (en vigueur à la date de la demande) dispose que :

A. La demande d'intervention de l'assurance pour la prestation 683690-683701 peut être approuvée par le Collège des médecins-directeurs sur la base d'un rapport médical signé et introduit par le médecin implanteur, et qui mentionnera les données suivantes :

1. L'existence d'une perte auditive à la meilleure oreille, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :
 - le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale au casque pour les fréquences de 500, 1000 et 2000 Hz s'élève à au moins 85 dB HL (hearing level). En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul
 - le seuil du pic V au BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 90 dB Nhl (normal hearing level)
 - des aides auditives, amplificatrices des sons, adéquates, ne permettent pas une audition fonctionnelle chez des sujets sourds post linguaux.
En cas d'audition non fonctionnelle, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué, par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant), et aussi bien pour les néerlandophones, francophones et germanophones), comme étant inférieur ou égal à 30 %.

Au cas où cet examen ne serait pas réalisable, par exemple suite au jeune âge de l'enfant ou à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit en être clairement mentionnée.

2. Les résultats d'une audiométrie vocale, avec et sans appareil auditif. Au cas où cet examen ne serait pas réalisable, par exemple suite au jeune âge de l'enfant ou à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit en être clairement mentionnée.

Les résultats de l'essai d'amplification auditive peuvent ne pas être joints si un facteur rend l'implantation urgente, à savoir risque de fibrose ou ossification de la cochlée après méningite ou d'autres causes à motiver.

En cas de retard mental, de problèmes psychologiques ou psychiatriques, aussi bien chez les enfants que les adultes, un avis psychologique doit être joint à la demande, dans lequel doivent être spécifiquement évalués le contexte familial, ainsi que la possibilité de rééducation du bénéficiaire.

Le Collège des médecins directeurs peut toujours demander des rapports complémentaires.

3. L'état général du patient ne peut pas constituer de contre-indication, ni pour l'implantation, ni pour un usage efficace de l'appareil.

4. Une proposition de programme de rééducation pour le patient avec mention du centre. Une prise en charge logopédique de longue durée (qu'il s'agisse d'une logopédie multi-disciplinaire ou non) doit au moins avoir lieu après l'implantation pour développer un codage auditif efficace. Le responsable de la rééducation doit être mentionné nominativement. En ce qui concerne les enfants avec implant, la prise en charge doit être supervisée jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire par un centre d'implantation disposant d'un service spécialisé d'oto-rhino-laryngologie ou un centre de réadaptation fonctionnelle ouïe et parole disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède à temps plein, d'un audicien-audiologue à temps plein et d'un médecin ORL à temps plein.

- B. 1. La demande avec pose d'indication doit émaner d'un médecin implanteur qui peut baser sa pose d'indication sur les données d'un centre avec un service spécialisé d'oto-rhino-laryngologie, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède à temps plein, d'un audicien-audiologue à temps plein et d'un médecin ORL à temps plein.

2. L'implantation doit être réalisée dans un établissement hospitalier comprenant un service d'oto-rhino-laryngologie spécialisé en cette matière, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède à temps plein, d'un audicien-audiologue à temps plein et d'un médecin ORL à temps plein lié à ce centre et qui effectue l'implantation.

3. Le réglage et le suivi de l'implant doivent être réalisés dans un centre d'implantation et/ou un centre disposant d'une équipe multidisciplinaire composée d'au moins un logopède à temps plein, un audicien-audiologue à temps plein et un médecin ORL à temps plein. Les services mentionnés sous 1, 2 et 3 doivent pouvoir garantir une assistance continue.

- C. La demande d'intervention de l'assurance pour la prestation 683690 - 683701 est transmise, avec le rapport médical et la mention du type d'appareil (code d'identification), au Collège des médecins-directeurs par l'intermédiaire de l'organisme assureur du bénéficiaire.

Une procédure exceptionnelle de demande urgente d'intervention de l'assurance avant implantation est permise en cas de constatation d'une fibrose démontrable de la cochlée après méningite, comme précurseur d'une ossification, ou d'autres affections exceptionnelles à motiver.

Dans ce cas, la demande d'intervention de l'assurance est envoyée directement, accompagnée du rapport médical et de la mention du type d'appareil (code d'identification), au Collège des médecins-directeurs, avec copie à l'organisme assureur du bénéficiaire. Le montant de l'intervention de l'assurance pour les produits repris sur la liste relative à la prestation 683690-683701 couvre tous les éléments constitutifs de l'implant.

La décision du Collège est communiquée en même temps à l'organisme assureur, au pharmacien hospitalier et au médecin implanteur.

- D. La demande d'intervention de l'assurance pour la prestation 683211- 683222 est transmise, avec la mention du type d'appareil (code d'identification), au Collège des médecins-directeurs par l'intermédiaire de l'organisme assureur du bénéficiaire.

La prestation 683211-683222 ne peut être accordée que dix ans après la prestation 683690-683701 et ne peut être portée en compte qu'une fois par période de dix ans.

Une autorisation exceptionnelle pour le remplacement anticipé des éléments implantés peut être accordée, pour raison impérieuse, par le Collège des médecins-directeurs sur base d'un rapport médical motivé.

La décision du Collège est communiquée en même temps à l'organisme assureur, au pharmacien hospitalier et au médecin implanteur.

- E. L'intervention pour la prestation 683712-683723 ne peut être accordée que trois ans après la date d'implantation d'un appareil répondant à la prestation 683690-683701.

L'intervention s'élève à maximum 400 EUR par an et ne vaut que pour la réparation ou le remplacement de pièces, à l'exception des piles.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur doit être informé de la demande de cette intervention de l'assurance par la transmission de la facture.

En cas d'implantation bilatérale, les règles valent par oreille.

- F. La demande d'intervention de l'assurance pour la prestation 683233-683244 doit être approuvée par le médecin-conseil de l'organisme assureur sur base d'un rapport motivé.

Le remboursement de la prestation 683233-683244 ne peut être accordé que :

- minimum cinq ans après la prestation 683690-683701 ou 683233-683244 chez les bénéficiaires à partir de leur douzième anniversaire
- minimum trois ans après la prestation 683690-683701 ou 683233-683244 chez les bénéficiaires de moins de douze ans.

Une autorisation exceptionnelle pour le remplacement anticipé du processeur vocal peut être accordée, pour raison impérieuse, par le Collège des médecins-directeurs sur base d'un rapport médical motivé. La décision du Collège est communiquée en même temps à l'organisme assureur, au pharmacien hospitalier et au médecin implanteur.

En cas d'implantation bilatérale, les règles valent par oreille.

- G. Le Conseil technique des implants peut établir un modèle de demande.

Ce document est approuvé par le comité de l'assurance soins de santé après avis du Collège des médecins-directeurs.

- H. Les centres d'implantation s'engagent à présenter leurs résultats sur demande du Collège des médecins-directeurs.

La nature des résultats à présenter est déterminée par le Collège des médecins-directeurs, après avis du Conseil technique des implants.

...

C. Le caractère expérimental de la pose d'un implant cochléaire dans le cas de Monsieur C. G.

Le caractère expérimental d'un acte médical ne peut être confondu avec l'aléa thérapeutique.

Aux termes de ce dernier, le médecin praticien ne noue pas d'obligation de résultat vis-à-vis du patient.

Le caractère expérimental d'un traitement tient à son caractère de nouveauté et d'innovation, mais également à l'incertitude quant aux effets précis de son administration.

L'aléa thérapeutique dans l'administration d'un traitement tient en ce que le résultat escompté n'est pas atteint.

Tel n'est pas le cas lorsque le résultat à atteindre est inconnu ou incertain.

En l'espèce, le tribunal constate que le Docteur D. ignorait quels seraient les effets de la pose d'un implant cochléaire dans le cas de Monsieur C. G.

Si le Docteur D. estimait, par comparaison avec les résultats obtenus lors de la pose d'un tel implant en cas de neuropathie auditive, que la situation auditive de Monsieur C. G. pourrait s'améliorer, avec le Collège, il faut constater que ce résultat dépendait de plusieurs variables et, à ce titre, présentait un caractère aléatoire, distinct de l'aléa thérapeutique évoqué ci-avant.

Ainsi, le Docteur D. faisait l'hypothèse que l'information fournie par l'implant (serait) simplifiée et qu'en donnant une information simplifiée et ralentie, la transmission pourrait être plus efficace au niveau des tissus abîmés au niveau mésencéphalique parce qu'elle pouvait imaginer que la synchronisation des réponses ne se passe pas bien dans ce tissu à l'instar de ce qui se passe en cas de neuropathie auditive en telle sorte qu'il se (pouvait) qu'une information ralentie et simplifiée, demandant moins de synchronisation, passe mieux et (puisse) être traitée au niveau des centres supérieurs auditifs du langage.

Le traitement vise à sortir (Monsieur C. G.) du silence et du manque de communication orale qui le bloque dans ses relations sociales et dans ses possibilités de réhabilitation professionnelle.

Il n'est donc pas certain que l'information ralentie et simplifiée pourra adéquatement être traitée par les centres supérieurs auditifs et du langage qui sont demeurés intacts.

Il est insuffisant de retenir que la pathologie de Monsieur C. G., avec ses particularités propres, s'apparente à une neuropathie auditive et de s'appuyer sur les résultats obtenus par le traitement de cette pathologie par implant cochléaire, pour que le traitement préconise perde son caractère expérimental.

Au contraire, la volonté de transposer un traitement éprouvé et avéré dans l'appréhension d'une certaine pathologie, en vue de soigner une autre pathologie, ne peut relever que de l'expérimentation, c'est-à-dire de l'excès clinique.

Il ne s'agit pas uniquement de sémantique ou de syntaxe.

En l'absence de cas similaire traité antérieurement par ce moyen, le caractère innovateur de la démarche ne peut être nié.

Il est évident que ce n'est pas volonté d'apporter un remède à la situation de Monsieur C. G., qui doit être censurée, mais uniquement la volonté de faire supporter ces frais par la collectivité.

Et s'il est exact que tout traitement doit bien connaître un premier cas et un premier essai, il n'appartient pas au régime de sécurité sociale de supporter les coûts liés à de telles expérimentations.

Tel n'aurait peut-être pas été le cas si le Docteur D. avait déjà pratiqué cette intervention à plusieurs reprises, sur des patients présentant un tableau clinique identique.

La perte (totale) de la fonction cochléaire à la fin de l'année 2009 n'est pas de nature à remettre en cause ce qui précède, en ce sens que la pose projetée de l'implant n'en acquerrait pas davantage un caractère de certitude.

Le caractère de test et d'essai clinique n'était pas gommé par cette modification de la situation, puisque la simulation de la cochlée et la synchronisation des informations reçues, demeureraient une hypothèse formulée par analogie et sans qu'aucune similitude entre les pathologies comparées n'ait encore été réellement attestée.

Dans les circonstances décrites ci-avant, la demande n'est pas fondée, qu'elle vise l'annulation de la décision du 23 septembre 2009 ou celle du 1^{er} octobre 2012 : le caractère expérimental de la démarche n'est pas lié à la génération ou au type d'implant cochléaire utilisé, mais bien aux résultats qui peuvent être espérés.

...

II. Cour de cassation, 8 avril 2013

Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 191, alinéa 1^{er}, 15^o
Financement de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités –
Cotisations sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques – Calcul

Les cotisations sont calculées sur le chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge des médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables durant l'année précédant celle pour laquelle la cotisation est due.

Il n'est donc pas requis que la spécialité soit encore remboursable pendant l'année au cours de laquelle doit intervenir le paiement.

S.A. P. c./INAMI
Arrêt n° S. 11.0092.F

...

III. La décision de la Cour

Sur le moyen :

Quant à la première branche :

En vertu de l'article 191, alinéa 1^{er}, 15^o, alinéas 1^{er} et 2, 15^o*quater*, 15^o*quinquies*, 15^o*sexies* et 15^o*septies* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version applicable aux faits, les ressources de l'assurance soins de santé sont constituées par le produit de différentes cotisations calculées à charge des demandeurs qui ont réalisé un chiffre d'affaires sur le marché belge des médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables durant l'année précédant celle pour laquelle la cotisation est due.

Il en résulte que ces cotisations sont calculées sur la base du chiffre d'affaires réalisé pour les produits remboursables au cours de l'année qui précède.

Le moyen qui, en cette branche, soutient le contraire, manque en droit.

Quant à la deuxième branche :

En vertu de l'article 191, alinéa 1^{er} 15°, alinéa 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, insérée par la loi du 10 juin 2006, pour l'application de l'exclusion des spécialités pharmaceutiques qui ont été classées uniquement sous une catégorie de remboursement déterminée, du chiffre d'affaires sur la base duquel la cotisation est calculée, le statut des médicaments en cause est pris en considération au premier janvier de l'année pour laquelle la cotisation est due.

Contrairement à ce que soutient le moyen, en cette branche, il n'en résulte pas qu'en dehors de l'application de cette exclusion, il faille tenir compte, en règle générale, du statut de la spécialité pharmaceutique au premier janvier de l'année pour laquelle elle est due mais au contraire de son statut au cours de l'année qui précède celle pour laquelle la cotisation est due.

Le moyen qui, en cette branche, soutient le contraire, manque en droit.

Quant à la troisième branche :

En vertu de l'article 35*bis*, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version applicable aux faits, le Roi confirme la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables au 1^{er} janvier 2002, à partir du 1^{er} janvier 2002, cette liste peut être modifiée par le ministre sur la proposition de la commission de remboursement des médicaments et les modifications de la liste peuvent consister en l'inscription et la suppression de spécialités pharmaceutiques ainsi qu'en la modification des modalités de l'inscription sur la liste.

Suivant l'article 101 de l'arrêté royal du 21 décembre 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, avant sa suppression par l'arrêté royal du 15 février 2007, tous les demandeurs dont une ou plusieurs spécialités sont admises ou qui ont introduit une demande d'admission avant le 1^{er} janvier 2002, doivent signer l'engagement mentionné à l'article 9, alinéa 2, avant le 31 mars 2002 et toute spécialité admise, pour laquelle, au 31 mars 2002, aucun demandeur n'aura signé d'engagement, sera, de plein droit et sans procédure, supprimée de la liste.

Il suit de ces dispositions que la suppression de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables d'une spécialité pour laquelle, au 31 mars 2002, aucun demandeur n'a signé l'engagement prévu à l'article 9, alinéa 2, de l'arrêté royal précité n'entre en vigueur qu'à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté ministériel modifiant la liste qui formalise cette suppression.

Le moyen qui, en cette branche, repose tout entier sur le soutènement contraire, manque en droit.

Quant à la quatrième branche :

En vertu de l'article 191, alinéa 1^{er}, 15°, 15°*quater*, 15°*quinquies*, 15°*sexies* et 15°*septies*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, celui qui réalise un chiffre d'affaires par la commercialisation sur le marché belge d'une spécialité inscrite sur la liste des spécialités remboursables est tenu au paiement d'une cotisation représentant un certain pourcentage du chiffre d'affaires réalisé durant l'année précédant celle pour laquelle cette cotisation est due.

Il résulte de la réponse à la troisième branche du moyen que celui-ci critique vainement la décision de l'arrêt que "la suppression [des spécialités H., M. et T.-M., de la liste des spécialités remboursables] n'a été effective qu'à la date du 1^{er} janvier 2005".

L'arrêt, qui considère que " les cotisations [dues en vertu de l'article 191, alinéa 1^{er}, 15°, 15°*quater*, 15°*quinquies*, 15°*sexies* et 15°*septies*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994], sont dues dès lors que [la demanderesse] a réalisé en 2003 et 2004 un chiffre d'affaires par la vente [de ces spécialités] qui, à ce moment, se trouvaient encore sur la liste des spécialités remboursables ", ne viole pas ces dispositions légales.

Le moyen, en cette branche, ne peut être accueilli.

Par ces motifs,

La Cour

Rejette le pourvoi ;

...

Cour du travail de Bruxelles, 27 avril 2011

R.G. n° 2010/AB/39

INAMI c./S.A. P. et État belge

...

A. Le cadre juridique

8. L'article 191 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités détermine les différentes sources de financement de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Différentes recettes et cotisations spécifiques viennent s'ajouter aux moyens provenant de la gestion globale de la sécurité sociale (régime des salariés et régime des indépendants).

Parmi les nombreuses recettes complémentaires, sont prévues à charge des entreprises pharmaceutiques, des redevances¹ et des cotisations² calculées sur le chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge des médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

La Cour constitutionnelle a été fréquemment interrogée à propos de ces redevances et cotisations.

Elle a, de manière répétée, décidé que le législateur a pu, sans méconnaître les articles 10 et 11 de la Constitution, estimer que les exigences de l'intérêt général justifiaient l'établissement et la prolongation d'une mesure, pratiquée depuis 1990, indispensable à l'équilibre budgétaire de l'assurance soins de santé³.

1. Art. 191, 14°, de la loi coordonnée le 14.07.1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

2. Art. 191, 15° à 16°bis de la loi coordonnée le 14.07.1994.

3. Voy., notamment, les arrêts n°s 9/99 (B.5.1 à B.5.9) du 28.01.1999, 36/99 (B.3.1 à B.3.4) du 17.03.1999, 97/99 (B.44 à B.46) du 15.09.1999, 103/2000 (B.8) du 11.10.2000, 159/2001 (B.25) du 19.12.2001, 40/2003 (B.19) du 09.04.2003, 73/2004 du 05.05.2004 (B.7.3).

9. Pour 2005, cinq cotisations étaient prévues à charge des entreprises pharmaceutiques :

- une cotisation sur le chiffre d'affaires (art. 191, 15^o)
- une cotisation spéciale exercice 2005 (art. 191, 15^{sexies})
- une cotisation supplémentaire 2005 (art. 191, 15^{quinquies})
- une cotisation complémentaire 2005 (art. 191, 15^{quater})
- une cotisation exceptionnelle 2005 (art. 191, 15^{septies}).

La cotisation sur le chiffre d'affaires est fonction du chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge des médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Elle est calculée sur le chiffre d'affaires réalisé durant l'année " précédant celle pour laquelle la cotisation est due" (voir art. 191, 15^o, al. 2, tel que modifié par l'art. 70 de la loi du 27.12.2004).

Pour la perception de cette cotisation, l'article 191, 15^o, alinéas 7 et suivants, précise :

" Chaque année, le chiffre d'affaires annuel total de l'année précédentes, (...), fait l'objet d'une déclaration (...).

Les déclarations susvisées doivent être datées, signées, certifiées sincères et exactes et doivent être introduites, par pli recommandé à la poste, (...).

Pour les années 1995, (...), 2005, elles doivent être introduites respectivement avant le 1^{er} février 1996, (...) et 1^{er} mai 2005.

Le Service des soins de santé peut procéder à la fixation d'office du chiffre d'affaires total sur base des données provenant de la collecte des données visées à l'article 165, dans l'hypothèse où le demandeur a omis de faire une déclaration conformément aux dispositions de l'alinéa 8. Le demandeur concerné est mis au courant de la fixation d'office du chiffre d'affaires par lettre recommandée à la poste.

Pour les années 1995, (...), et 2005, la cotisation doit être versée respectivement avant le 1^{er} mars 1996, (...), et le 1^{er} juin 2005.

Le Service susvisé assure la perception de la cotisation susvisée ainsi que le contrôle.

Le débiteur qui ne verse pas la cotisation susvisée dans le délai fixé à l'alinéa 10 est redevable d'une majoration égale à 10 % de cette cotisation, ainsi que d'un intérêt de retard sur ladite cotisation, calculé au taux d'intérêt légal.

Le Conseil général peut accorder au débiteur visé à l'alinéa 2 l'exonération ou la réduction de la majoration de la redevance ou de l'intérêt de retard (...)"

Selon l'article 191, 15^{oquinquies}, la cotisation supplémentaire était égale à 1,5 % du chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge durant l'année 2004 par les médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Cette cotisation devait être versée avant le 1^{er} novembre 2005.

Selon l'article 191, 15^{osexies}, la cotisation spéciale exercice 2005 était égale à 1,5 % du chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge durant l'année 2003 par les médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Cette cotisation devait être versée avant le 1^{er} juillet 2005.

Selon l'article 191, 15^{osepties}, une cotisation exceptionnelle 2005 était égale à 1,5 % du chiffre d'affaires réalisé durant l'année 2004. Elle devait être calculée et perçue selon les mêmes modalités que la cotisation sur le chiffre d'affaires. Elle devait être versée avant le 20 décembre 2005.

Selon l'article 191, 15^{oquater}, une cotisation complémentaire 2005 était due en cas de dépassement du budget des remboursements de médicaments en 2004. Elle devait être calculée sur le chiffre d'affaires réalisé en 2004. Elle devait être calculée et perçue selon les mêmes modalités que la cotisation sur le chiffre d'affaires. Elle devait faire l'objet d'une avance pour le 15 novembre 2005.

10. Il apparaît ainsi que les différentes cotisations étaient dues en fonction du chiffre d'affaires réalisé par les médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en 2004, à l'exclusion de la cotisation spéciale exercice 2005 qui était due sur base du chiffre d'affaires réalisé par les médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en 2003.

...

C. Position de la Cour

En ce qui concerne le fait générateur de l'obligation de verser une cotisation

12. Selon l'article 191, 15°, de la loi coordonnée, la *"cotisation est à charge des demandeurs qui ont réalisé (un) chiffre d'affaires durant l'année précédant celle pour laquelle la cotisation est due"*.

Ce texte est clair.

Le débiteur de la cotisation sur le chiffre d'affaires est celui qui grâce à une spécialité remboursable, a réalisé un chiffre d'affaires au cours de l'année précédant celle dont la cotisation porte le millésime (et au cours de laquelle doit intervenir le paiement).

L'alinéa 3 confirme cette interprétation en indiquant que la cotisation d'une année correspond à un certain pourcentage du chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année précédente.

Il n'est donc pas requis que la spécialité soit encore remboursable pendant l'année au cours de laquelle doit intervenir le paiement.

Ainsi, c'est à tort que le tribunal a considéré que *"la référence à l'année qui précède ne concerne en fait que la base de calcul des cotisations due"* alors que le chiffre d'affaires réalisé au cours de cette année précédente constitue non seulement l'assiette de la cotisation mais aussi le fait générateur de l'obligation de la payer.

13. En ce qui concerne la cotisation spéciale exercice 2005, l'article 191, 15°*sexies* précise dans le même sens que *"cette cotisation est à charge des demandeurs qui ont réalisé ce chiffre d'affaires au cours de l'année 2003"*.

En ce qui concerne les cotisations complémentaire, supplémentaire et exceptionnelle, les articles 191, 15°*quater*, *quinquies* et *septies* se réfèrent aux conditions et modalités de l'article 191, 15° : elles sont donc dues par les sociétés ayant réalisé un chiffre d'affaires en 2004.

14. C'est à tort qu'en page 16 de ces conclusions de synthèse, la société propose d'interpréter les dispositions en vigueur jusqu'en 2005 à la lumière de la loi du 27 décembre 2006.

De ce qu'à propos de certaines exclusions, cette loi précise que pour l'application de ces exclusions, le statut du médicament doit être pris en considération *"au 1^{er} janvier de l'année pour laquelle la cotisation sur le chiffre d'affaires est due"*, il ne découle pas qu'en règles générales, la cotisation dépend de la remboursabilité pendant l'année au cours de laquelle la cotisation est due et doit faire l'objet d'un paiement.

Il apparaît au contraire que si la loi a apporté la précision susvisée, c'est parce qu'elle s'écarte de la règle normalement d'application selon laquelle le fait générateur de la cotisation est la remboursabilité au cours de l'année précédant celle au cours de laquelle elle doit faire l'objet d'un paiement.

En ce qui concerne la présence sur la liste des spécialités remboursables en 2003 et 2004.

15. Selon l'article 35*bis* de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, "le Roi confirme la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables au 1^{er} janvier 2002 ; selon la même disposition, cette liste peut, à partir du 1^{er} janvier 2002, être modifiée par le Ministre sur la proposition de la Commission de remboursement des médicaments".

La suppression volontaire d'un médicament sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables est réglée par l'article 72*bis* de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans sa version applicable aux faits, - soit dans la version en vigueur après sa modification par l'article 15 de la loi du 10 août 2001 portant des mesures en matière de soins de santé et avant sa modification par la loi du 27 avril 2005 -, l'article 72*bis*, § 2, précisait en son alinéa 1 :

" Lorsqu'une firme qui commercialise une spécialité pharmaceutique sur le marché belge souhaite faire annuler définitivement la remboursabilité de cette spécialité pharmaceutique ou d'un ou de plusieurs de ses conditionnements, et continue à commercialiser la spécialité pharmaceutique ou le (les) conditionnement(s), elle doit introduire une demande de suppression. La suppression de la liste entre alors en vigueur un an après la réception de la demande. Le ministre peut, après avis de la Commission de remboursement des médicaments, et compte tenu de critères économiques, sociaux et thérapeutiques, fixer une date d'entrée en vigueur anticipée, sur la base d'une demande motivée de suppression à plus court terme, envoyée simultanément au ministre et à la Commission de remboursement des médicaments. Le demandeur est tenu d'offrir la spécialité pharmaceutique dans les conditionnements existants remboursables jusqu'à la date d'entrée en vigueur de retrait de la spécialité pharmaceutique de la liste ".

16. Les articles 58 et suivants de l'arrêté royal du 21 décembre 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, précisent à propos du retrait :

" Article 58

La demande motivée de suppression d'une spécialité de la liste, alors que la spécialité pharmaceutique ou les conditionnements continue(nt) d'être commercialisé(e)(s), est adressée par le demandeur au secrétariat de la Commission au moyen d'un envoi recommandé à la poste, avec accusé de réception mentionnant clairement l'identification de la spécialité. Le demandeur est informé de la date de réception de la demande.

Article 59

La demande de suppression d'une spécialité de la liste est transmise à la Commission. Elle entre en vigueur un an après la réception de la demande.

Article 60

Dans le cas d'une demande motivée de suppression à plus court terme qui est adressée à la fois à la Commission et au Ministre, la Commission rend un avis à propos d'une suppression à plus court terme, compte tenu des critères économiques, sociaux et thérapeutiques. La Commission rend son avis dans un délai de 60 jours à compter de la réception de la demande.

Article 61

Après prise de connaissance de l'avis de la Commission, le Ministre prend et notifie une décision motivée au sujet de la suppression à court terme de la spécialité pharmaceutique ou des conditionnements dans un délai n'excédant pas 80 jours à compter de la date de réception de la demande. Une copie de la décision du Ministre est transmise au Secréariat de la Commission.

À défaut d'un avis de la Commission dans un délai de 60 jours à compter de la date de réception de la demande, le fonctionnaire délégué en informe immédiatement le Ministre. Le Ministre prend et notifie une décision motivée dans un délai n'excédant pas 80 jours à compter de la date de réception de la demande.

À défaut de décision notifiée dans les 80 jours à compter de la date de réception de la demande, la demande de suppression à plus court terme est réputée acceptée. Le fonctionnaire délégué en informe immédiatement le demandeur. ”

L'arrêté royal du 21 décembre 2001 est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

17. Il n'est pas contesté qu'à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, les spécialités H., M. et T.-M. figuraient sur la liste des spécialités remboursables et que la société n'a, après cette date, introduit aucune demande de retrait auprès du secrétariat de la Commission visée à l'article 58 de l'arrêté royal.

Ainsi, la suppression n'a été effective qu'à la date du 1^{er} janvier 2005 lorsqu'est entré en vigueur l'arrêté ministériel du 23 novembre 2004.

18. C'est à tort que la société se réfère à l'article 101 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 qui avant sa suppression par l'article 61 de l'arrêté royal du 15 février 2007, précisait que :

“ Tous les demandeurs dont une ou plusieurs spécialités sont admises ou qui ont introduit une demande d'admission avant le 1^{er} janvier 2002, doivent signer l'engagement tel que mentionné à l'article 9, deuxième alinéa, avant le 31 mars 2002.

Cet engagement doit être introduit conformément au modèle figurant dans l'annexe III dans la liste. Cet engagement doit être assorti d'une liste où figurent toutes les spécialités pour lesquelles le demandeur est responsable au 31 mars 2002.

Toute spécialité admise, pour laquelle, au 31 mars 2002, aucun demandeur n'aura signé d'engagement, sera, de plein droit et sans procédure, supprimée de la liste ”.

Cet article 101 doit être interprété d'une manière qui le rend compatible avec l'article 72bis, § 2, de la loi coordonnée qui prévoit que la firme pharmaceutique doit introduire une demande de suppression et qui ne donne pas au Roi le pouvoir de déroger à cette obligation, fut-ce dans le cadre d'une mesure transitoire.

Il n'y a donc pas lieu d'interpréter l'article 101 comme ayant eu, de manière transitoire, pour seul objet de dispenser la firme pharmaceutique de s'adresser à la Commission de remboursement des médicaments en suivant la procédure prévue aux articles 58 et suivants de l'arrêté royal, et de l'autoriser à s'adresser directement au Ministre.

Cet article 101 ne peut pas être interprété comme dispensant la firme pharmaceutique d'introduire une demande de suppression de la liste.

19. Par ailleurs, la liste des spécialités remboursables est source de droits pour les assurés sociaux et source d'obligations pour l'INAMI et les organismes assureurs. Elle doit nécessairement être publiée.

Selon l'article 190 de la Constitution, auquel se réfère à juste titre l'État belge, *“aucune loi, aucun arrêté ou règlement d'administration générale, provinciale ou communale, n'est obligatoire qu'après avoir été publié dans la forme déterminée par la loi”* : la modification de la liste des spécialités remboursables ne pouvait donc pas entrer en vigueur avant la publication de l'arrêté ministériel du 23 novembre 2004 actant cette modification.

Dès lors que la société ne démontre pas la date de l'introduction d'une demande de retrait, c'est vainement qu'elle reproche au Ministre d'avoir publié tardivement la modification de la liste (et de l'avoir soumise à une “condition purement protestative”).

Enfin, la société est également malvenue de se prévaloir de l'article 101 de l'arrêté royal dès lors qu'il n'est pas contesté que les spécialités H., M. et T.-M. ont été remboursées jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté ministériel du 23 novembre 2004, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2005, et que cette remboursabilité a été mentionnée sur les boîtes mises sur le marché par la société, jusqu'à cette date.

20. Enfin, en supposant même que ce soit par erreur, voire en méconnaissance de l'article 101 de l'arrêté royal, que les spécialités H., M. et T.-M. se trouvaient encore sur la liste des spécialités remboursables en 2003 et 2004 et ont donné lieu à remboursement entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 décembre 2004, il n'en résulterait pas que les cotisations ne sont pas dues.

En effet, dès lors que les articles 191, 15°, 15°*quater*, 15°*quinquies*, 15°*sexies* et 15°*septies* de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, visent toutes les sociétés pharmaceutiques ayant généré un chiffre d'affaires grâce à une spécialité remboursable, il n'y a pas lieu de distinguer selon que c'est à juste titre ou indûment que cette remboursabilité a été maintenue.

Conséquences

21. En résumé, les cotisations litigieuses sont dues dès lors que la société a réalisé en 2003 et 2004 un chiffre d'affaires par la vente des spécialités H., M. et T.-M. qui, à ce moment, se trouvaient encore sur la liste des spécialités remboursables.

...

III. Cour du travail de Bruxelles, 19 janvier 2012

Règlement du 17 mars 1999 – articles 6, 7 et 8 Renonciation à la récupération de l'indu – notion de ménage

Les conditions dans lesquelles une renonciation à la récupération de l'indu peut être consentie ont été fixées dans le règlement du 17 mars 1999. L'article 6 dispose que le caractère digne d'intérêt est déterminé sur base des revenus du ménage du titulaire.

L'estimation des revenus du ménage se fait sur base annuelle et à la date d'introduction de la demande qui correspond à la date à laquelle la demande de renonciation a été envoyée à la mutualité.

Le fait que la fille de l'intéressé ait été domiciliée à une autre adresse dans le courant de cette même année est sans incidence.

R.G. n° 2009/AB/52221
V.N. c./INAMI

....

II. Les faits

Attendu que les faits de la cause ont été exposés comme suit par le Tribunal :

“1. Par une lettre du 20 février 2007, en vertu de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, l'organisme assureur de Madame V. informe cette dernière qu'elle a perçu indûment des indemnités, pour la période du 1^{er} octobre 2006 au 31 janvier 2007. En effet, Madame N. V. ne pouvait plus être considérée comme titulaire avec personne à charge depuis le 1^{er} octobre 2006. Madame N.V. doit ainsi rembourser une somme de 1.046,85 EUR.

Par sa lettre du 20 février 2007, l'organisme assureur indique également à Madame N. V. qu'elle peut introduire une demande de renonciation et ce, selon les précisions reprises dans cette lettre. Madame N. V. introduit cette demande de renonciation le 8 mars 2007.

2. Le 17 octobre 2007, l'INAMI prend la décision suivante :

“ [...] En application de l'article 8 du règlement, il est tenu compte de votre capacité de remboursement et celle de votre famille. À cet effet, on fixe la partie de vos revenus qui peut être consacrée au remboursement de l'indu.

De quelle manière votre capacité de remboursement est-elle calculée ?

Vos revenus annuels et ceux de votre famille (24.151,20 EUR) sont diminués du montant de 16.125,74 EUR (à savoir le plafond annuel des revenus pour donner le droit à vous-même et à votre famille à l'intervention majorée en matière d'assurance soins de santé). Le résultat est divisé par deux et le montant ainsi obtenu est celui que vous pouvez consacrer au remboursement de l'indu.

Le montant de l'indu (1.046,85 EUR) est diminué du montant de votre capacité de remboursement, ce qui donne comme résultat le montant auquel il peut être renoncé. Le calcul s'effectue comme suit :

$$1.046,85 \text{ EUR} - ((24.151,20 \text{ EUR} - 16.125,74 \text{ EUR})/2) = 0,00 \text{ EUR}$$

Étant donné que votre capacité de remboursement est plus élevée que le montant de l'indu (1.046,85 EUR), il ne peut être renoncé à la récupération de celui-ci. Vous devez donc rembourser le montant de 1.046,85 EUR à votre mutualité ”.

(Jugement a quo, feuillet 2).

...

IV. Position de la cour

Attendu que la Cour considère ce qui suit :

1. Principes

- Les conditions dans lesquelles une renonciation à la récupération de l'indu peut être consentie, ont été fixées par le Comité de gestion du Service des indemnités de l'INAMI dans le Règlement du 17 mars 1999, approuvé par l'arrêté ministériel du 20 avril 1999

- L'article 6 de ce Règlement dispose que :

"Le caractère digne d'intérêt est déterminé sur base des revenus du ménage du titulaire. Par revenus du ménage, il faut entendre l'ensemble des revenus bruts imposables tels qu'ils sont fixés avant tout abattement ou toute déduction, de chacune des personnes qui font partie du ménage du titulaire.

Le montant des revenus bruts imposables est toutefois diminué du montant des charges professionnelles, fiscalement déductibles, et du montant des cotisations de sécurité sociale payées dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants."

- L'article 7 de ce Règlement du 17 mars 1999 dispose, quant à lui, que :

"Lorsque les revenus du ménage sont inférieurs au seuil annuel correspondant au montant visé à l'article 17, alinéa 1^{er} et à l'article 19 de l'arrêté royal du 1^{er} avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et instaurant le statut OMNIO, il est renoncé à la récupération de l'intégralité de l'indu.

Lorsque les revenus du ménage dépassent le seuil supérieur égal à 150 % du montant visé à l'alinéa précédent, aucune renonciation n'est accordée.

Pour la détermination des seuils, il y a lieu de tenir compte du montant visé audit article 17, alinéa 1^{er} pour une personne à charge, pour chacune des personnes autres que le titulaire qui font partie du même ménage."

- Enfin, l'article 8 de ce même Règlement dispose que :

" Lorsque les revenus du ménage sont compris entre les deux montants ou seuils visés à l'article 7, la renonciation peut être accordée pour la partie de l'indu qui dépasserait la moitié du montant des revenus du ménage diminués de la valeur du seuil inférieur ".

2. Application

- La Cour ne peut suivre le raisonnement de Madame N. V. lorsque celle-ci soutient qu'il ne faut tenir compte des revenus de sa fille que pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2007 et le 30 septembre 2007, soit durant une période de 7 mois.
- L'affirmation selon laquelle il ne conviendrait de tenir compte de la présence de la fille de Madame N. V. que depuis le 1^{er} avril 2007, au motif que l'accusé de réception de la demande de renonciation date du 30 mars 2007, n'est étayée par aucun texte.

Bien au contraire, dès lors que les textes mentionnés ci-avant établissent une comparaison entre les revenus du ménage et des seuils " annuels " (voir l'art. 7), il est évident que les revenus du ménage doivent être évalués sur cette même base.

- La notion de revenus imposables et de charges fiscalement déductibles - notions qui se fondent sur une assiette annuelle - vient encore conforter ce raisonnement (voir le jugement *a quo* sur ce point, 5^{ième} feuillet)

- La Cour considère que c'est avec raison que l'INAMI fait observer ce qui suit :

“ Madame V. semble en effet vouloir tenir compte des revenus perçus par sa fille en 2007, uniquement jusqu'à son déménagement le 11 octobre 2007. Il n'en demeure pas moins que la fille de Madame V. demeurait chez cette dernière et a perçu un revenu du mois de février 2007 au mois d'octobre 2007, soit pendant 9 mois.

En effet cette dernière travaillait très probablement aussi au mois de janvier 2007 puisqu'il ressort de la demande de renonciation elle-même que la fille de l'appelante a travaillé d'abord comme intérimaire et a été définitivement engagée par l'employeur le 1^{er} février 2007. (voir pièce 2)

Par ailleurs, la considération selon laquelle les revenus ne peuvent être pris en compte qu'à partir du mois d'avril 2007 n'est pas pertinente puisqu'il s'agit de chiffrer les revenus annuels du ménage.”

(concl. de synthèse de l'INAMI, p. 4).

- Avec pertinence, l'INAMI fait observer que si l'on ne tenait compte des revenus de la fille de Madame N. V. que pendant 9 mois, c'est-à-dire jusqu'en septembre 2007 compris, le revenu annuel du ménage serait alors de 20.414,44 EUR (soit 9.204,00 pour Madame N. V. et 11.210,40 EUR pour sa fille), en sorte que cette somme diminuée de 16.125,74 EUR, et ensuite divisée par deux (2.144,35 EUR) serait toujours supérieure au montant pour lequel la renonciation est demandée (1.046,85 EUR)
- Il résulte par ailleurs des débats que la procédure en règlement collectif de dettes relative à Madame N. V., qui ne visait pas sa dette à l'égard de l'INAMI, est aujourd'hui terminée (voir la lettre du CAFA, Centre d'accompagnement et de formation pour adultes, adressée le 29.07.2011 au conseil de Madame N. V.)
- À l'audience du 24 novembre 2011, le conseil de Madame N. V. a demandé à la Cour, à titre subsidiaire, que sa cliente puisse bénéficier de termes et délais pour apurer sa dette
- Compte tenu de la situation financière actuelle de Madame N. V., il convient de faire application de l'article 1244, alinéa 2 du Code civil et de lui permettre d'apurer sa dette par des versements mensuels de cinquante EUR
- Il s'ensuit que l'appel n'est que très partiellement fondé.

...

IV. Cour du travail de Bruxelles, 11 janvier 2013

Au-delà de la première année d'incapacité de travail, il faut que le travailleur indépendant soit reconnu incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement (tenant compte notamment de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle).

Le titulaire exerçait, en tant qu'indépendant, une activité d'entrepreneur en bâtiment.

Il est certain que toute activité impliquant un port de charges n'est plus accessible au titulaire.

Mais en fonction de son âge et de l'expérience acquise en tant qu'entrepreneur, le titulaire pourrait exercer une activité professionnelle impliquant des travaux plus légers, dans le secteur de la construction, ou plus probablement en dehors de ce secteur.

Les certificats des médecins traitants manquent de pertinence et ne permettent pas de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise car ils n'ont envisagé que l'incapacité à exercer une activité d'entrepreneur. Ils n'ont pas, comme le requiert l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet, envisagé la possibilité d'exercer d'autres activités plus légères (comme le suivi de chantier, la vente, une activité de conseil, ...).

R.G. n° 2012/895

Sécurité sociale des travailleurs salariés c./INAMI

...

I. Les antécédents du litige

1. ... est né le 18 avril 1964. Il exerçait en tant qu'indépendant, une activité d'entrepreneur en bâtiment.

À la suite d'un accident, il a été en incapacité de travail à partir du 15 août 2007. Il a bénéficié d'indemnités à charge de sa mutuelle. Il a été opéré le 23 septembre 2008.

Le 8 avril 2010, le Conseil médical de l'invalidité a décidé qu'à partir du 15 avril 2010, l'incapacité de travail ne serait plus reconnue.

2. ... a contesté cette décision par une requête déposée devant le tribunal du travail de Bruxelles, le 5 juillet 2010.

Le tribunal a, par jugement du 22 décembre 2010, désigné le Docteur J. en qualité d'expert.

L'expert a déposé, le 27 septembre 2011, un rapport concluant qu'à la date du 15 avril 2010 et postérieurement, ... ne répondait pas aux critères de l'incapacité de travail, fixés par les articles 19 et 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Par jugement du 24 juillet 2012, le tribunal a entériné le rapport d'expertise et a, par conséquent, débouté ... de sa demande.

3. ... a fait appel du jugement par une requête déposée au greffe de la Cour du travail, en temps utile, le 7 septembre 2012.

II. Objet de l'appel

4. ... demande à la Cour du travail de réformer le jugement et de désigner un nouvel expert ou de charger le Docteur J. d'une mission d'expertise complémentaire.

L'INAMI demande la confirmation du jugement.

III. Discussion

Objet de la discussion

5. Il résulte de l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités en faveur des travailleurs indépendants, que pendant la première année d'incapacité de travail, les indemnités sont dues, pour autant :

- que l'indépendant ait, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels, dû mettre fin à l'accomplissement des tâches qui étaient afférentes à son activité de titulaire indépendant et qu'il assumait avant le début de l'incapacité de travail
- qu'il n'exerce aucune autre activité professionnelle, ni comme travailleur indépendant ou aidant, ni dans une autre qualité.

Au-delà de la première année d'incapacité de travail, il faut en outre, en vertu de l'article 20 de l'arrêté royal, que l'indépendant soit reconnu incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement (tenant compte notamment de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle).

6. À la date de la décision du 8 avril 2010, la première année d'incapacité de travail était échu.

Les possibilités de reprise de travail devaient donc être appréciées non seulement sur la base des tâches habituelles de mais aussi en fonction de toutes les activités professionnelles dont il pourrait être chargé équitablement.

7. En première instance, ... faisait grief au rapport d'expertise de ne pas avoir tenu compte des répercussions psychologiques de son affection.

Le tribunal a considéré que les troubles psychologiques ne sont pas établis à suffisance, bien que ... ait été invité par l'expert à déposer un rapport psychiatrique circonstancié.

En appel, ... réitère ses critiques.

Il considère aussi que l'expert a sous-estimé l'incapacité de travail en ce qui concerne les séquelles de la luxation récidivante de l'épaule gauche.

De même ... conteste l'évaluation des répercussions de la gonalgie bilatérale.

En ce qui concerne les répercussions psychologiques, il dépose une prescription du Docteur CH., une lettre du Docteur CH., une lettre du Docteur B. au Docteur CH. Et une attestation du Docteur CH. du 6 juin 2011 (voir pièces 7 à 13 de son dossier).

Discussion du rapport d'expertise et des documents produits par ...

8. L'expert a procédé à un examen clinique approfondi et à une analyse minutieuse des documents qui lui ont été soumis. Il reconnaît l'importance des difficultés d'ordre physique que rencontre ... mais estime que ces difficultés ne l'empêchent pas d'exercer une quelconque activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement.

À cet égard, il est certain que toute activité impliquant un port de charges n'est plus accessible à...

Mais en fonction de son âge et de l'expérience acquise en tant qu'entrepreneur, ... pourrait exercer une activité professionnelle impliquant des travaux plus légers, dans le secteur de la construction, ou plus probablement en-dehors de ce secteur.

9. En ce qui concerne les aspects psychologiques, il est certain que ... subit un trouble de l'humeur résultant, comme l'a relevé l'expert, de l'arrêt de ses activités professionnelles, d'une part, et de soucis financiers, d'autres part.

Il ne résulte pas toutefois des documents produits par ... qu'un suivi aurait été mis en place et que la prescription d'antidépresseurs aurait été autre que temporaire.

C'est ainsi que le Docteur CH. a été consulté, semble-t-il de manière occasionnelle, le 6 juin 2011 et que le Docteur CH. a indiqué ne pas être en mesure d'établir un rapport détaillé.

Les documents produits par ... ne permettent pas d'identifier une réelle réduction de capacité de gain liée à des troubles d'ordre psychologique.

Il était dès lors justifié que l'expert ait considéré que les répercussions professionnelles des difficultés psychologiques restent assez limitées.

10. À la lecture des certificats des médecins-traitants (en ce compris ceux qui sont postérieurs à l'expertise), il apparaît que ces médecins n'ont envisagé que l'incapacité à exercer une activité d'entrepreneur : ils n'ont pas, comme le requiert l'article 20 de l'arrêté royal, envisagé la possibilité d'exercer d'autres activités plus légères (comme le suivi de chantier, la vente, une activité de conseil ...).

Ces certificats manquent donc de pertinence.

...

V. Tribunal du travail de Bruges, 24 avril 2013

Code judiciaire, article 1022 Indemnité de procédure – Délégué syndical

Sur le plan juridique, la partie demanderesse se fait assister par son délégué syndical et n'a, par conséquent, pas droit à une indemnité de procédure en vertu de l'ex article 1022 du Code judiciaire. L'arrêt de la Cour constitutionnelle du 18 décembre 2008 (n° 182/2008) a rejeté les différents recours en annulation de la loi du 21 avril 2007 de sorte que l'exclusion du délégué syndical du champ d'application de la loi ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, en corrélation ou non avec les articles 23 et 27 de la Constitution, les articles 6.1, 11 et 13 de la CEDH et avec les principes généraux du droit à l'accès effectif à un juge et de l'égalité des armes. Par arrêt du 5 mai 2009 (n° 73/2009), la Cour constitutionnelle a rappelé sa position en la matière.

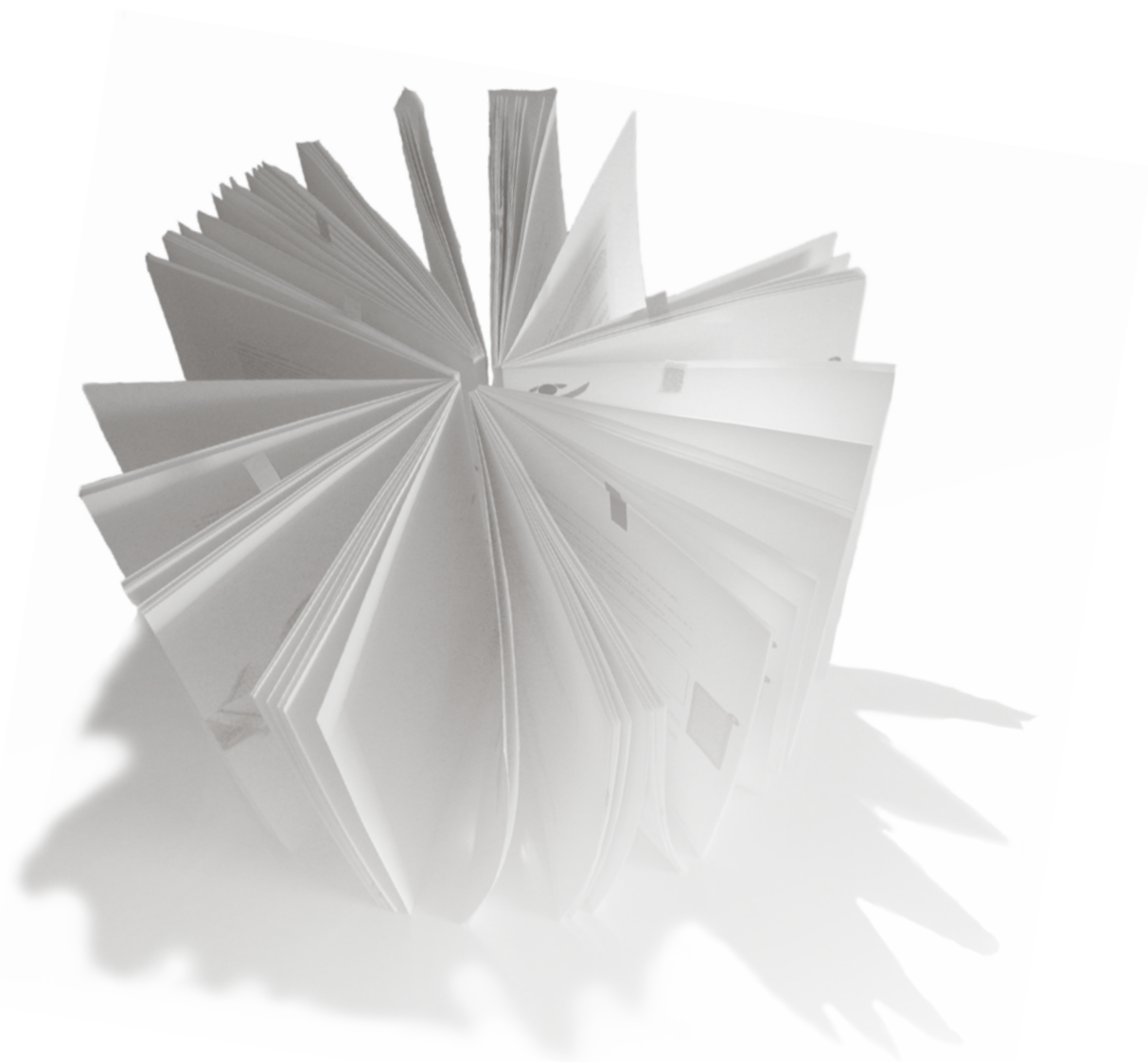
R.G. n° 12/102/A
V.S. c./INAMI et organisme assureur

...

Eisende partij wordt juridisch bijgestaan door zijn vakbondsafgevaardigde en is bijgevolg niet gerechtigd op een rechtsplegingsvergoeding ex artikel 1022 Gerechtelijk Wetboek. Het arrest van het Grondwettelijk Hof van 18 december 2008 (nr. 182/2008) heeft de diverse beroepen tot vernietiging van de wet van 21 april 2007 verworpen, zodat de uitsluiting van de vakbondsafgevaardigde uit het toepassingsgebied van de wet geen schending uitmaakt van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, al dan niet in samenhang met de artikelen 23 en 27 van de Grondwet, met de artikelen 6.1, 11 en 13 van het EVRM en met de algemene beginselen van het recht op daadwerkelijke toegang tot een rechter en van de wapengelijkheid. Bij arrest van 5 mei 2009 (nr. 73/2009) herhaalde het Grondwettelijk Hof haar standpunt terzake.

...

4^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Plan fédéral de lutte contre la pauvreté

Octroi automatique de droits sociaux - Projets et mesures pour simplifier l'octroi de droits sociaux

Question n° 5-4560 posée le 23 décembre 2011 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Monsieur le Sénateur Anciaux ¹

L'octroi automatique de droits sociaux était et reste une des priorités de la lutte contre la pauvreté. On sait que de nombreuses mesures produisent un "effet Matthieu". Si bien intentionnée soit-elle, une mesure ne touche pas toujours les personnes qui en ont le plus besoin et ce, en raison d'un manque d'information ou de divers obstacles empêchant de demander et de profiter de cette mesure. Il apparaît par ailleurs et particulièrement pour les personnes qui vivent dans la pauvreté, que ces mesures produisent parfois l'effet inverse et désavantagent encore plus les personnes censées en profiter.

Voici mes questions à ce sujet.

1. Quels résultats la ministre a-t-elle déjà engrangés dans l'octroi automatique des droits sociaux ? Au sein du pouvoir fédéral, a-t-on déjà établi un inventaire concret des droits sociaux qu'il serait souhaitable et possible d'octroyer automatiquement ? Si oui, la ministre peut-elle en dresser le bilan et m'en communiquer la liste ? Si non, existe-t-il des projets en ce sens et quand les premiers résultats concrets sont-ils attendus ?
2. La ministre dispose-t-elle déjà d'estimations financières à ce sujet ? Peut-elle me les transmettre ?
3. Quels sont les principaux obstacles entravant l'octroi automatique de droits sociaux ? Quelles démarches la ministre a-t-elle entreprises pour lever ces obstacles ?
4. Une concertation est-elle organisée à ce sujet avec d'autres départements au sein du pouvoir fédéral ? De quelle manière est-elle organisée et quels en sont les résultats ?
5. Une concertation est-elle organisée à ce sujet entre le pouvoir fédéral, les régions et communautés ? De quelle manière est-elle organisée et quels en sont les résultats ?
6. Existe-t-il, au sein du pouvoir fédéral, des projets visant à assortir le statut Omnio de droits supplémentaires ? Dans l'affirmative, de quels droits s'agit-il et quand seront-ils concrétisés ?
7. Quelles initiatives la ministre a-t-elle prises pour assurer l'octroi automatique de droits sociaux dans son domaine de compétences ? Dans ses domaines de compétences, a-t-on déjà établi un inventaire concret des droits sociaux qu'il serait souhaitable et possible d'octroyer automatiquement ? Si oui, la ministre peut-elle en dresser le bilan et m'en communiquer la liste ? Si non, existe-t-il des projets en ce sens et quand les premiers résultats concrets sont-ils attendus ?

1. Sénat, session ordinaire 2011-2012.

Réponse

Il arrive que les assurés sociaux ne fassent pas appel à certaines prestations sociales auxquelles ils peuvent prétendre. Cette situation peut être la conséquence d'une procédure de demande complexe ou du manque d'information du bénéficiaire au sujet de ses droits, ou encore ces démarches peuvent être ressenties comme stigmatisantes. Il est évident que l'octroi automatique de prestations sociales peut apporter une réponse à cette problématique et implique que les droits atteignent l'ensemble de leur public cible et par conséquent aussi les personnes qui se trouvent dans une situation socio-économique précaire.

Le principe de l'octroi d'office de prestations sociales est inscrit dans la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la "charte" de l'assuré social (art. 8). L'octroi d'office doit avoir lieu lorsque c'est matériellement possible.

Des mesures impliquant l'octroi automatique de prestations de sécurité sociale ont ainsi déjà été prises dans les différentes branches. À cet égard, je renvoie aux exemples suivants en matière d'assurance soins de santé, qui relève de mes compétences :

- le maximum à facturer est appliqué automatiquement. Les mutualités suivent les frais médicaux de l'assuré social. Lorsque ces frais excèdent le montant maximum applicable de l'année, la mutualité rembourse automatiquement l'excédent
- l'intervention majorée de l'assurance est octroyée automatiquement dans certains cas. Lorsque l'assuré peut prétendre à l'intervention majorée sur la base d'un certain avantage social qui est accordé après un contrôle des revenus (par exemple revenu d'intégration, allocation aux personnes handicapées et garantie de revenus aux personnes âgées), l'intervention majorée est octroyée sans qu'un nouvel examen des revenus soit effectué. En outre, dans le cadre de la préparation de la réforme prévue de l'intervention majorée, une attention particulière est accordée à la simplification administrative pour l'octroi de ce droit.

Malheureusement, il n'est pas toujours évident de concrétiser dans la pratique un octroi automatique. Des difficultés techniques, organisationnelles et juridiques peuvent se présenter.

J'aimerais également souligner les efforts qui ont été fournis au sein de différentes branches de la sécurité sociale afin de simplifier, d'un point de vue administratif, les procédures d'octroi pour les assurés sociaux. Lorsqu'il apparaît que l'octroi automatique de prestations n'est pas possible pour des raisons pratiques ou techniques, on recherche la simplification administrative. De cette manière, les différents groupes-cibles peuvent faire valoir leurs droits plus aisément. Dans ce cadre, l'optimisation de l'accompagnement de l'assuré social par l'institution de sécurité sociale joue également un rôle important.

À cet égard, je renvoie plus particulièrement au deuxième Plan fédéral de lutte contre la pauvreté qui a été approuvé le 14 septembre 2012 par le Conseil des ministres. Ce Plan contient des objectifs qui réalisent une meilleure accessibilité aux avantages et au service pour les personnes les plus vulnérables. Pour ce qui est de mon domaine de politique, permettez-moi de faire référence aux actions suivantes :

- l'effort en faveur du développement d'un mécanisme de remboursement des frais médicaux dans le cadre de l'aide médicale sera poursuivi
- l'octroi de l'intervention majorée de l'assurance-maladie sera rendu plus simple et plus rapide pour toutes les personnes qui en bénéficient potentiellement
- le régime du tiers payant sera rendu obligatoire pour les groupes les plus vulnérables et sa procédure d'octroi sera simplifiée

- les mutualités seront encouragées à utiliser les données dont elles disposent de manière à pouvoir réagir plus rapidement et à simplifier d'éventuelles démarches des assurés sociaux
- le Service public de programmation (SPP) Intégration sociale sera encouragé à poursuivre son travail dont l'objectif est de donner accès à *MyCareNet* aux Centres publics d'action sociale (CPAS) et aux hôpitaux et, ce faisant, de réduire les tracasseries administratives
- le gouvernement poursuivra la simplification administrative de l'accès aux soins de santé en faveur des bénéficiaires et des CPAS, plus particulièrement en soutenant le projet d'informatisation de la décision de prise en charge des frais des soins de santé.

Grâce à une simplification des démarches administratives, pour le patient comme pour les professionnels des soins de santé, l'accès aux soins de santé sera simplifié pour les citoyens les plus vulnérables.

Je renvoie également aux travaux de la Banque-carrefour de la sécurité sociale. La simplification administrative constitue l'une des missions clés de la Banque-carrefour de la sécurité sociale. Une des techniques de base de la simplification administrative consiste dans la collecte unique de données qui suppose d'échanger des données personnelles, de manière sécurisée, entre les institutions de sécurité sociale ou d'autres institutions intéressées. Ce système a déjà rendu de nombreux formulaires superflus. Le développement de ce système est un processus permanent, où il est systématiquement vérifié de quelle manière l'octroi de prestations sociales peut être concrétisé avec un minimum de charge administrative pour l'assuré social. Le principe de la collecte de données unique s'applique aussi lors de l'octroi des droits complémentaires (art. 11^{bis} de la loi du 15.01.1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale). Sur la base de cette disposition, la Banque-carrefour de la sécurité sociale et les institutions qui accordent les droits complémentaires peuvent simplifier et automatiser la manière dont les droits complémentaires sont octroyés.

Je tiens à souligner que les entités fédérées sont également associées à tout le processus de simplification par automatisation des droits ; les institutions fédérales répondent favorablement aux demandes d'accès que les institutions régionales ou communautaires leur adressent.

Enfin, je renvoie au projet relatif à l'octroi automatique de droits qui est en cours au Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. Ce Service procède actuellement à l'inventaire des droits qui ont déjà été automatisés ou dont l'automatisation serait souhaitable. La faisabilité de l'automatisation sera ensuite examinée pour chaque droit. Pour ce faire, il est fait appel à l'expertise des administrations concernées. Ce Service a été chargé de publier une note sur le sujet au début de l'année prochaine. Ses conclusions pourraient constituer une bonne base sur laquelle de nouvelles mesures pourront également être prises au sein de la sécurité sociale en vue de simplifier ou d'automatiser l'octroi de droits.

Comme vous aurez pu le constater à la lecture de ma note de politique générale 2013, l'automatisation des droits en sécurité sociale constitue une de mes priorités en termes de simplification administrative et de lutte contre la pauvreté.

II. Médecine factuelle

Suivi et évaluation des études cliniques - Industrie pharmaceutique - Impact sur le comportement prescripteur - Politique en matière de psychotropes - Utilisation chez les enfants

Question n° 5-5776 posée le 2 mars 2012 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Monsieur le Sénateur Anciaux ¹

Dans une récente interview (De Morgen, 25 février) le psychiatre et expert en psychopharmacologie réputé, David Healy, émet un verdict sévère à propos du concept de médecine factuelle cher à de nombreux scientifiques. Dans sa simplicité, ce concept paraît clair et solide : la pratique médicale doit être basée sur les preuves qui sont déduites de manière empirique de la collecte, de l'étude, de l'analyse et de l'interprétation systématiques et scientifiques de faits. M. Healy constate que de nombreux médecins continuent en effet à légitimer leur comportement prescripteur en invoquant les études disponibles concernant la médication, en particulier par les psychotropes, alors que ce sont précisément ces études qui doivent être fondamentalement mises en doute. D'une part, ces études sont quasiment toujours lancées, financées et réalisées par l'industrie pharmaceutique, avec, il est vrai, la participation de scientifiques. Cela crée à tout le moins la suspicion d'être à la fois juge et partie, avec le risque que les importants intérêts financiers de l'industrie pharmaceutique l'emportent sur la déontologie scientifique. D'autre part, David Healy constate que les données sur lesquelles sont basées ces études ne sont jamais rendues publiques. Cela signifie que l'on peut prendre connaissance des conclusions présentées comme scientifiques mais pas des données de recherche qui prouveraient ces conclusions. Voilà qui anéantit aussi l'important critère scientifique de la "vérifiabilité" sans parler de la "falsifiabilité".

1. La ministre partage-t-elle l'analyse critique du psychiatre et psychopharmacologue David Healy qui affirme que la médecine factuelle doit être abordée avec beaucoup de réserve parce que les preuves sont recueillies et interprétées par des acteurs liés à l'industrie pharmaceutique et que les données de recherche ne sont pas rendues disponibles ?
2. Comment apprécie-t-elle la critique de David Healy selon laquelle ces défauts pèsent surtout sur les études scientifiques qui sont à la base de la prescription d'antidépresseurs et antipsychotiques ?
3. Comment la santé publique peut-elle se protéger contre cette menace, d'autant que l'on constate une augmentation inquiétante de l'utilisation de ces médicaments parmi les adultes mais aussi particulièrement parmi les jeunes ? Quelles mesures, stratégies et instruments la ministre peut-elle mettre en œuvre ?

1. Sénat, session ordinaire 2011-2012

Réponse

Evidence based medicine et menaces

L'evidence based medicine est une méthode pour sélectionner le meilleur traitement médical sur base des données scientifiques disponibles. La qualité de la conclusion dépend des données disponibles. L'application de l'evidence based medicine prend déjà en compte ceci puisqu'une distinction est faite entre les différents niveaux d'évidence, en fonction de la nature des études sur lesquelles la conclusion est basée.

D'autre part, on ne peut nier que la plupart des études cliniques sont financées par l'industrie pharmaceutique. Cela n'est pas nécessairement un problème en soi, pour autant qu'un partenaire qui aurait des intérêts importants dans les résultats d'une étude n'ait pas le monopole de cette étude. Cette question renvoie à la problématique plus vaste des conflits d'intérêt. Il est également exact que les conclusions d'études ayant un résultat négatif ne sont généralement pas publiées, ce qui influence la qualité d'une analyse sur base des données publiées.

Face à cette problématique, l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) agit à différents niveaux :

- l'Agence fédérale des médicaments et des produits de - santé (AFMPS) a un rôle important dans le suivi des études cliniques. Pour les études cliniques en Belgique, une évaluation est effectuée par l'AFMPS en plus de celle effectuée par le comité d'éthique. L'AFMPS veille au respect des Bonnes Pratiques cliniques (BPC) avant, pendant et après les études. L'Agence collabore également avec d'autres États membres européens afin d'établir des standards communs pour des études cliniques et échanger des informations sur les études. Au niveau européen, des initiatives ont également été prises pour garantir la qualité d'études qui ont été effectuées en dehors de la Communauté européenne mais qui sont utilisées pour obtenir une autorisation pour commercialiser le médicament en Europe. L'AFMPS travaille également au suivi d'un médicament sur l'ensemble de son cycle de développement et de vie afin que les études ayant un résultat négatif puissent également être prises en compte lors d'évaluations ultérieures
- lors de la soumission par une firme d'une demande d'Autorisation de Mise sur le Marché pour un nouveau médicament, l'évaluation réalisée par l'AFMPS est basée sur les résultats de l'étude clinique et pas seulement sur ce qui est publié à ce sujet
- l'AFMPS fera uniquement appel à un expert académique externe dans l'évaluation des données scientifiques s'il a été vérifié au préalable que cet expert n'a pas de conflits d'intérêts avec ce dossier
- l'AFMPS contribue également en fournissant des informations scientifiques objectives au professionnel de la santé et au patient. Pour chaque médicament, un Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP), autrefois appelé notice, est approuvé, il donne au professionnel de la santé des informations objectives sur les indications, le dosage, les contre-indications, des mises en garde spécifiques, etc. Pour le patient, une notice est rédigée dans une terminologie intelligible. Ces documents sont publiés sur le site web de l'AFMPS
- le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) et Farmaka asbl sont en outre subsidiés. Le CBIP (ASBL) publie entre autres le répertoire commenté des médicaments, les Folia Pharmacotherapeutica et les fiches de transparence et donne des informations scientifiques objectives par le biais de son site web. Farmaka a pour objectif de contribuer, par le biais d'études et de projets, à une utilisation rationnelle des médicaments et des produits de soins de santé et de mettre ce savoir au service des professionnels de la santé, des consommateurs et des autorités
- situation spécifique des antidépresseurs et antipsychotiques.

Il est vrai qu'il existe, en particulier pour les antidépresseurs, une grande inquiétude concernant la fiabilité des résultats d'études publiés. Cela a déjà été discuté dans deux des revues médicales les plus prestigieuses : le *New England Journal of Medicine* (2008) et le *British Medical Journal* (2003).

Vu les différents avis relatifs aux psychotropes j'ai créé en 2012 une plate-forme scientifique "Psychotropes" et ce, par analogie au groupe de pilotage *Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee* (BAPCOC) pour les antibiotiques. Ce Comité est composé de représentants du Service public fédéral Santé publique, de l'AFMPS et de l'Institut national d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) ainsi que d'experts, avec une forte représentation des médecins généralistes. Ce Comité a pour mission de coordonner la politique en matière de psychotropes et d'élaborer des actions concrètes en vue d'une diminution de la consommation de ces médicaments et d'une utilisation plus efficace de ceux-ci. L'utilisation d'antipsychotiques, entre autres chez les jeunes, est l'un des éléments qui sera traité par ce Comité. L'établissement de directives médicales constitue également l'une des actions possibles qui peuvent être entreprises par ce Comité.

L'utilisation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques chez les enfants constitue un point d'attention particulier. L'extrapolation aux enfants des résultats d'études cliniques sur des adultes n'est souvent pas justifiée, entre autres parce que l'on connaît peu la pharmacocinétique de ces produits chez les enfants, parce que les seuils d'effets indésirables pourraient être différents et parce qu'on doit tenir compte de leur influence sur le cerveau en développement.

C'est pourquoi, l'AFMPS a lancé une réévaluation des notices des antipsychotiques existants avec une attention spéciale pour l'utilisation chez les enfants.

III. Premier Plan Cancer

Stratégie - Mesures et projets - Financement

Question n° 5-6663 posée le 3 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 Monsieur le Sénateur Ide ¹

Le premier Plan Cancer contenait, outre certaines modifications plus structurelles, une série de projets qui pourraient éventuellement bénéficier d'un financement structurel en fonction de leurs résultats.

Pour avoir une idée plus précise de ces projets et de leur avenir, j'aimerais obtenir les informations suivantes.

- Combien de projets ont-ils bénéficié d'un financement dans le cadre du premier Plan Cancer ?
- Combien de ces projets ont-ils encore reçu des subventions le 1^{er} juillet 2012 ?

J'aimerais obtenir les renseignements suivants concernant les projets qui bénéficient toujours de subventions.

- Quel est l'auteur du projet ?
- Quels sont les objectifs du projet ?
- Jusqu'à quelle date ces projets seront-ils encore subventionnés ?

1. Sénat, session ordinaire 2011-2012.

- Pour quels motifs continue-t-on à subventionner le projet en question ?

J'aimerais obtenir les renseignements suivants concernant les projets qui ne sont plus subventionnés.

- Quel est l'auteur du projet ?
- Quels sont les objectifs du projet ?
- Les subventions ont-elles été supprimées ou converties en financement structurel ?
- Pour quels motifs a-t-on décidé soit de ne plus subventionner le projet en question, soit de lui octroyer un financement structurel ?

Réponse

Face au véritable enjeu de santé publique que représente le cancer, la mise en place d'une stratégie globale de lutte contre le cancer est une réelle nécessité. Une stratégie bien pensée est en effet primordiale :

- pour réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité du cancer, et
- pour améliorer la prise en charge médicale et la recherche, mais également la qualité de vie des patients.

C'est dans ce cadre qu'a été lancé, en mars 2008, le Plan Cancer, sur base d'une large concertation avec de nombreux experts du terrain et patients concernés par le cancer. Chacune des 32 actions du Plan, réparties en 3 grands axes - à savoir, la prévention et le dépistage, la prise en charge et la recherche - a été pensée à partir des besoins du terrain.

Ce plan pluriannuel, prévu initialement pour la période 2008-2010, a depuis été prolongé (il n'y a donc qu'un seul plan cancer) mais également complété par des mesures supplémentaires et adapté au fil de sa concrétisation. Malgré les difficultés budgétaires que traverse aujourd'hui le pays, tous les moyens en actions, soutiens et recherche du Plan Cancer ont été préservés. La majorité des mesures du Plan Cancer sont des mesures structurelles. Cela signifie qu'une fois entrées en vigueur, elles sont permanentes. Il s'agit par exemple de la prise en charge multidisciplinaire à travers les Consultations Multidisciplinaires Oncologiques (COM), du renforcement des équipes dans les services oncologiques dans le cadre des programmes de soins oncologiques. Les actions de type "projets-pilotes" initiées dans le Plan Cancer sont elles aussi poursuivies. Ce sont des initiatives concrètes, proposées par des spécialistes de terrain, qui permettent dans un laps de temps relativement court d'aboutir à des résultats très concrets pour les patients. Ces résultats sont en effet évalués par des équipes scientifiques qui sont mises sur pied pour l'accompagnement et le suivi de ces projets pilotes. Comme vous le savez j'ai présenté l'état des lieux du Plan Cancer pour 2012 au parlement le 27 novembre dernier, le rapport est disponible sur mon site.

En ce qui concerne les projets pilotes, il s'agit du financement des projets dans le cadre des actions 21/22 (soutien psycho-social), 24 (onco-gériatrie) et 29 (recherche translationnelle) et de mesures supplémentaires concernant la cachexie.

- En ce qui concerne le soutien psycho-social (action 21/22), nous avons souhaité au sein des hôpitaux mieux accompagner le patient et sa famille face au cancer. Dans le cadre du Plan Cancer, plusieurs projets-pilotes concernant le soutien psychosocial du patient et de ses proches ont été soutenus de 2009 à 2011

- Suite à de nouveaux appels à projet début de cette année, 65 projets ont été sélectionnés (et lancés le 01.07.2012) pour 2012 à 2015 : ils s'adressent à divers groupes-cibles tels que les patients cancéreux (adultes ou enfants) et leurs proches (enfants, parents, conjoints). Il s'agit par exemple de l'espace enfants, de l'organisation de groupes de parole, d'espaces de rencontre, ou encore de la mise en place de projets innovants tels que la création d'une consultation d'aide au "réajustement conjugal et sexuel", de l'organisation de soutien au bien-être, de l'élaboration d'un nouveau mode de contact entre patients, proches et soignants et de la mise en place d'ateliers d'expression, etc
- En ce qui concerne les patients âgés, des initiatives (action 24) ont également été poursuivies en onco-gériatrie clinique afin d'optimiser la prise en charge des patients âgés et ce, par la mise en place d'un modèle organisationnel onco-gériatrique dans lequel la collaboration entre le programme de soins en oncologie et le programme de soins en gériatrie est primordiale
- Plusieurs projets-pilotes concernant l'onco-gériatrie ont été soutenus de 2009 à 2011. En vue de la mise en œuvre de la 2^e phase de cette initiative, de nouveaux appels à projet ont été lancés le 1^{er} juillet 2012, 17 projets en onco-gériatrie ont été sélectionnés (et lancés le 01.07.2012) pour 2012-2015 : ils concernent par exemple des études quantitatives sur l'utilisation d'instruments de screening ou d'évaluation, des études qualitatives sur le vécu des patients, des études quantitatives sur l'autonomie fonctionnelle du patient et un projet-pilote concernant l'approche multidisciplinaire. De nombreux projets qui ont démontré la collaboration entre hôpitaux ont été soutenus
- En ce qui concerne le soutien nutritionnel, nous avons aussi souhaité soutenir des projets-pilotes novateurs et ambitieux pour améliorer la prévention, la détection et la prise en charge des patients oncologiques à risque ou atteints de cachexie. La cachexie est un phénomène fréquent chez le patient oncologique, ainsi que dans le cadre de diverses autres maladies chroniques. Il s'agit d'un des symptômes les plus exténuants et les plus graves du cancer qui vide littéralement le patient de son énergie. Cette affection grave affecte la qualité de vie du patient, ainsi que son pronostic
- Un appel à projets a été lancé fin janvier 2011 aux hôpitaux agréés pour un Programme de soins d'oncologie : 11 projets sont donc financés depuis le 1^{er} juillet 2011 pour une durée de 2 ans
- En ce qui concerne la recherche translationnelle (l'action 29), cette recherche est importante car elle contribue à aider les patients, à leur expliquer la lourdeur des procédures et à augmenter les chances de guérison.

J'ai souhaité dans le cadre du Plan Cancer, continuer à soutenir financièrement la recherche translationnelle. Des projets pilotes ont déjà été mis en place pour la période 2009-2011. Sur base de l'expérience et l'expertise développée pendant ces trois années par ces projets de recherche, de nouveaux appels à projet ont été lancés le 1^{er} juillet 2012, 31 projets en recherche translationnelles ont été sélectionnés pour 2012-2015 afin de viser à un meilleur ciblage des thérapies et à la recherche de nouvelles cibles thérapeutiques et diagnostiques. Il s'agit par exemple de projets concernant les caractéristiques génétiques, l'identification et/ou la validation de biomarqueurs et l'utilisation et l'implémentation de techniques d'imagerie fonctionnelle. Ces projets d'étude peuvent concerner différents types de cancer tels que le cancer du sein, la leucémie, le cancer des poumons, le neuroblastome, le cancer du col de l'utérus, le cancer de la prostate, le cancer des ovaires, le cancer colorectal, cancer de la prostate, ou encore le cancer pendant la grossesse.



Vous trouverez de plus amples informations sur les personnes ayant introduit un projet, les objectifs des appels à projets et les projets pilotes retenus (en cours et clôturés) via ce lien : <http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Risksanddiseases/Healthrisks/Cancer/NationalCancerPlan/index.htm?fodnlang=nl>. Les tableaux offrent un aperçu des personnes ayant introduit un projet et des thèmes de recherche ayant fait l'objet du projet pilote.

IV. Médicaments biosimilaires

Efforts pour encourager leur utilisation - Impact financier pour les hôpitaux - Remboursement en catégorie F des EPO biosimilaires

Question n° 5-7940 posée le 23 janvier 2013 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 Sleurs ¹

Si l'on compare aux autres États européens, le recours aux médicaments biosimilaires, équivalents meilleur marché de médicaments biologiques originaux, est bien moins important dans notre pays. A la suite d'une étude, le Centre d'expertise fédéral pour les soins de santé a identifié trois éléments fondamentaux qui sont à la source de cette sous-utilisation. Ainsi des remises sont octroyées sur les produits originaux, ce qui fait disparaître l'avantage concurrentiel des médicaments biosimilaires. En outre les firmes produisant les originaux offrent encore de nombreux autres services, entre autres un meilleur accompagnement des médecins qui prescrivent ces produits.

Mais la troisième cause identifiée par le Centre d'expertise réside dans l'existence d'un doute et de réserves chez les médecins qui hésitent à prescrire des biosimilaires. Ces médecins sont insuffisamment informés, pas assez confiants dans les produits et ne sont pas convaincus de la qualité des biosimilaires. Pourtant un plus large recours à ces médicaments entraînerait une sérieuse économie.

Des efforts ont déjà abouti à ce que les médicaments biosimilaires soient repris depuis le 1^{er} juillet 2012 dans le forfait de médicaments des hôpitaux. On a aussi fait un effort pour encourager leur utilisation en hôpital de jour et en dehors des hôpitaux (par leur délivrance en officine pharmaceutique).

J'aimerais une réponse aux questions que voici :

1. Allez-vous encourager la prescription de médicaments biosimilaires par les médecins ? Dans ce cas, comment vous y prendrez-vous ?
2. Les médicaments biosimilaires sont désormais bien repris dans le forfait hospitalier médicaments mais étant donné les autres avantages des médicaments biologiques originaux, ce ne sera peut-être pas une solution pour augmenter la prescription de médicaments biosimilaires. Envisagez-vous d'imposer un quota de médicaments bon marché dans les hôpitaux ?
3. Pensez-vous à imposer à l'avenir une obligation de baisse de prix avec un pourcentage déterminé de recours à des médicaments biosimilaires ?

1. Sénat, session ordinaire 2012-2013.

Réponse

J'ai en effet l'intention de stimuler le recours aux médicaments biosimilaires.

J'ai d'ailleurs, comme vous le rappelez, déjà pris un certain nombre de mesures à cette fin.

Pour ce qui concerne les médicaments prescrits en ambulatoire, j'ai pris une mesure générale. J'ai inclus les médicaments biosimilaires dans les quotas de prescription de médicaments moins chers des médecins.

Suite à l'arrivée des premiers EPO biosimilaires, j'ai en outre pris des mesures spécifiques pour cette classe.

Ces mesures n'étaient pas simples à mettre en œuvre. J'ai notamment reçu des lettres de protestation de firmes commercialisant les EPO originaux, parfois très argumentées. Cependant, ces arguments ne m'ont pas convaincue et n'infirmes pas selon moi le constat de l'équivalence des EPO en termes de remboursement. J'ai donc, d'une part, appliqué à l'ensemble des EPO un remboursement en catégorie F et les ai, d'autre part, inclus dans le forfait pour les patients hospitalisés. Ces mesures spécifiques m'ont permis de réaliser une économie de 15 millions d'EUR en base annuelle. Si j'avais simplement appliqué une mesure linéaire comme c'est le cas pour les médicaments génériques, l'économie aurait été très faible, voire nulle.

Je ne pense pas que des mesures générales comme un quota de médicaments moins chers ou biosimilaires au niveau des hôpitaux seraient efficaces à l'heure actuelle. Comme vous le soulignez également, il faut d'abord convaincre les médecins qu'ils peuvent prescrire ces médicaments en toute confiance. Il faut également tenir compte de l'impact financier que le choix d'un médicament biosimilaire peut avoir sur un hôpital. À ce propos, je me réjouis de vous annoncer que la règle que vous aviez votée et qui permettait aux médicaments dont le prix serait inférieur à la base de remboursement forfaitaire pour un traitement d'être remboursé au même niveau que les autres, sera effective dès le 1^{er} février pour les EPO. Les EPO biosimilaires seront donc remboursés 20 % de plus que leur prix d'achat par l'hôpital. J'espère que cet élément pourra décider les hôpitaux à enfin les acheter.

Une baisse de prix obligatoire pour les médicaments biosimilaires ne générerait pas non plus d'économie et pourrait même empêcher l'arrivée des nouveaux biosimilaires.

Il me semble que, vu le nombre encore très limité de ces médicaments et la plus grande complexité tant en termes de production qu'en termes de positionnement dans l'arsenal thérapeutique, notamment en raison du "switch" entre les différentes spécialités pharmaceutiques qui doit être fait avec une certaine prudence, il est préférable de continuer avec des mesures spécifiques pour le moment.

V. Observatoire des maladies chroniques

Composition - Missions

Question n° 5-7958 posée le 23 janvier 2013 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 Sleurs ¹

Le mercredi 2 mai, vous avez annoncé le lancement de l'Observatoire des maladies chroniques. L'objectif de cet Observatoire est de suivre la politique relative aux maladies chroniques, et de l'adapter si nécessaire. Au sein de cet Observatoire se trouvent une section scientifique et une section consultative. On nous avait prévenus dès le départ qu'il faudrait du temps pour trouver un "rythme de concertation" entre ces deux sections, ainsi que pour lancer l'Observatoire. Vu qu'à l'origine, vous aviez proposé en 2008 déjà la fondation d'un Observatoire des maladies chroniques et que celui-ci a donc pu effectivement démarrer quatre ans plus tard, l'on est en droit d'attendre quelque chose.

Madame la ministre, j'aimerais obtenir une réponse aux questions suivantes :

1. Quels résultats l'Observatoire pour les maladies chroniques a-t-il déjà livrés huit mois après son lancement ?
2. Comment les objectifs de l'Observatoire, que vous avez vous-même proposés, seront-ils réalisés à court terme ? Quelles tâches l'Observatoire s'est-il assigné pour les semaines et les mois à venir ?
3. Comment se passe la coordination entre les sections scientifique et consultative ?

Réponse

Comme vous le savez, l'Observatoire des maladies chroniques est composé de deux sections : seule la section consultative est entièrement nouvelle, la section scientifique poursuivant les travaux de l'ancien Comité consultatif en matière de dispensation de soins pour des maladies chroniques et pour des pathologies spécifiques.

1. Les premiers mois ont été consacrés à définir le champ d'action, à préciser les missions de l'Observatoire et de chaque section, à élaborer ses règles de fonctionnement, une méthode de travail et à organiser les travaux. La section consultative a, lors des trois réunions qu'elle a tenues après l'inauguration officielle de l'Observatoire, déterminé les thèmes prioritaires que ses membres souhaitent traiter ; elle examine actuellement la façon la plus efficace d'envisager chacun d'eux, afin de pouvoir émettre en chaque matière un avis éclairé et nuancé. Elle a en outre rendu un avis en ce qui concerne le maximum à facturer pour les malades chroniques.

La section scientifique s'est quant à elle réunie trois fois depuis la création de l'Observatoire.

La section scientifique a :

- approuvé le rapport du GT “prescription magistrale en dermatologie pour affections chroniques”
- rédigé une définition de la maladie chronique et du malade chronique qui sera validée prochainement
- mis sur pied un nouveau groupe de travail spécifique : GT “Enfants malades chroniques”.

Par ailleurs, les GT “Obésité”, “Diabète”, “Sclérose en plaques”, “Psychothérapie” ont poursuivi ou repris leurs travaux. Concrètement, le premier rapport du GT “Obésité” a donné naissance à un projet de formation *e-learning* sur la prise en charge des patients obèses destiné à la première ligne de soins ; ce projet a été accepté par le Comité de l’assurance le 14 janvier 2013.

L’Observatoire des maladies chroniques, réunissant les deux sections, a été consulté quant au contenu du rapport du KCE “Position Paper : Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique”. Celui-ci a été publié le 10 décembre 2012.

2. La section consultative va entamer l’examen des thèmes prioritaires: réintégration socioprofessionnelle, simplification administrative, frais de transport non urgents et soins paramédicaux.

J’ai par ailleurs confié à l’Observatoire les quatre missions suivantes :

Évaluer le plan “Priorité aux malades chroniques” : un groupe de travail réunissant des membres des deux sections va très bientôt entamer ses travaux.

Pour ce qui concerne le diabète j’ai demandé :

- à la section scientifique d’identifier les problèmes : groupes insuffisamment pris en charge, qualité de la prise en charge, diagnostic précoce du diabète dans la population
- d’élaborer une proposition visant à améliorer la prise en charge des patients diabétiques par la première ligne, y compris le diagnostic précoce du diabète, avec développement éventuel d’outils d’aide à la prise en charge par la première ligne, avec utilisation des ressources du réseau multidisciplinaire local
- de définir les objectifs à atteindre en termes de prise en charge des patients diabétiques tant au niveau macro (population), qu’au niveau individuel, de proposer des indicateurs et une méthode d’évaluation, de monitoring d’efficacité de la prise en charge au sens large, en collaboration avec l’Institut scientifique de Santé publique. Ce monitoring devrait permettre d’avoir des données épidémiologiques, et des données sur la qualité des soins, sur les résultats des soins
- de se prononcer sur toutes les diverses modalités de prise en charge des patients diabétiques existantes (conventions, trajets de soins, etc.), y compris les diverses initiatives menées à titre expérimental (financées ou non par l’assurance maladie)
- la section consultative devrait examiner les besoins et problèmes rencontrés par les patients diabétiques et développer l’aspect “amélioration du self empowerment”.

Pour ce qui concerne les maladies rares j’ai demandé :

- de recenser les besoins des patients en termes de soins et de prise en charge
- d’élaborer des propositions concrètes pour améliorer la prise en charge des patients atteints de maladie rare
- d’examiner les besoins en centres de référence pour certaines maladies rares
- d’établir des priorités par rapport à ces besoins

- d'évaluer lorsque le statut malade chronique existera depuis un certain temps dans quelle mesure les patients atteints d'une maladie rare en bénéficient et de préciser ensuite les conditions d'octroi du statut à ces patients
- enfin, j'ai demandé d'examiner les besoins de la prise en charge des enfants malades chroniques complexes, et de rédiger une proposition d'amélioration concrète sur base de l'analyse et d'une note conceptuelle développée par le service soins de santé.

3. Le secrétariat de l'Observatoire des maladies chroniques est assuré par l'Institut national d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) qui veille à la collaboration et la répartition des tâches entre les deux sections ; des contacts réguliers ont également lieu entre les présidents des deux sections et les secrétariats dans ce même but.

VI. Tabacologues

Chiffres des professionnels de santé exerçant en tant que tabacologues - Répartition par région

Question n° 5-8258 posée le 20 février 2013 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 Ide ¹

La présente question reprend la question écrite n° 5-4194 relative aux tabacologues. Des chiffres mis à jour me permettraient de suivre l'évolution.

Je souhaiterais une réponse de la ministre aux questions suivantes :

1. Combien de tabacologues sont-ils reconnus en Belgique, en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles ?
2. Combien de médecins généralistes exercent-ils en tant que tabacologues en Belgique, en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles ?
3. Combien de psychologues cliniciens (masters) exercent-ils en tant que tabacologues en Belgique, en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles ?
4. D'autres prestataires de soins exercent-ils en tant que tabacologues ? Dans l'affirmative, lesquels et combien sont-ils respectivement en Belgique, en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles ?

Réponse

1. On recense 420 tabacologues reconnus en Belgique. La répartition par région est la suivante : 133 en Flandre, 227 en Wallonie et 60 à Bruxelles. Cinq professionnels formés en Belgique travaillent à l'étranger.
2. Parmi ces tabacologues : 113 sont médecins : 21 médecins, dont 8 pneumologues en Flandre et 92 médecins dont 52 spécialistes en Wallonie et à Bruxelles.
3. 145 sont psychologues : 61 en Flandre et 84 en Wallonie et à Bruxelles.

1. Sénat, session ordinaire 2012-2013.

4. 154 ont une autre formation : 52 en Flandre : 36 infirmières, 5 kinésithérapeutes, un dentiste, 2 pharmaciens et 7 diététiciens. En Wallonie et à Bruxelles on en recense 102 : 55 infirmières, 26 sage-femme, 7 kinésithérapeutes, 4 dentistes, 3 pharmaciens, 2 ergothérapeutes.

Par ailleurs, 13 personnes n'étant pas des professionnels de santé ont suivi la formation en tabacologie avant 2008 et la mise en place du système de remboursement des séances de sevrage. Leurs éventuelles prestations ne sont pas remboursées par l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI).

VII. Prestataires de soins non-conventionnés

Honoraires - Attestations de soins délivrées aux patients - Renseignements à fournir par le médecin sur l'attestation de soins donnés

Question n° 879 posée le 26 février 2013 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Madame la Représentante Vienne ¹

À l'issue d'une prestation médicale donnant lieu à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le dispensateur de soins doit remettre au patient une attestation de soins. Cette attestation comprend notamment les éléments suivants: le nom et prénom de l'assuré à qui les soins ont été dispensés, la date de la consultation, les numéros de nomenclature des soins prodigués, etc. Une case est également prévue pour le montant des honoraires demandés.

Dans cette case, rares sont les prestataires de soins qui y indiquent le montant effectivement payé par le patient, la plupart se contentant d'y apposer la mention "oui" pour conventionné ou la mention "non" pour non conventionné. Ces prestataires de soins non conventionnés sont libres de réclamer les honoraires qu'ils souhaitent moyennant une bonne information et le consentement du patient.

Il me revient toutefois que la non communication sur l'attestation de soins des honoraires effectivement réclamés et perçus par le prestataire de soins peut engendrer quelques complications administratives dans le chef du patient et avoir une incidence financière dont le patient est victime.

Par exemple, certaines assurances complémentaires interviennent certes en cas d'hospitalisation de leur affilié mais aussi en marge de ces hospitalisations et ce dans le cadre des frais des consultations qui précèdent ou suivent l'hospitalisation. Toutefois, pour obtenir ce qui lui est dû par l'assurance, le patient doit remettre à celle-ci un document de la mutuelle reprenant les honoraires effectivement réclamés et payés au médecin et le montant de l'intervention de la mutuelle. Or, si le médecin n'a pas indiqué le tarif appliqué sur l'attestation de soins, la mutuelle n'a aucun moyen de connaître ce montant. Et le calcul de l'assurance se fera sur base des montants conventionnés.

1. Bulletin n° 105, Chambre, session ordinaire 2012-2013, p. 118.

Pour être remboursé sur base des montants réels, le patient devra retourner chez son médecin pour demander une facture avec le montant exact de toutes les consultations concernées. Pour peu que le patient ne remarque pas cette anomalie, il ne bénéficiera pas de l'intervention de son assurance à laquelle il a pourtant droit.

Cette situation manque, selon moi, totalement de transparence.

1. Confirmez-vous cet état de fait ?
2. Pour quelles raisons les prestataires de soins ne sont-ils pas tenus d'indiquer les montants réclamés et perçus sur les attestations de soins délivrées à leurs patients ?
3. N'estimeriez-vous pas normal et bénéfique au patient de rendre obligatoire l'inscription sur l'attestation de soins du montant effectivement payé ?
4. Peut-on envisager un changement de la législation en vigueur ?

Réponse

En ce qui concerne les renseignements à fournir par le médecin sur l'attestation de soins donnés, une distinction doit être opérée d'une part, entre la mention à inscrire dans une case prévue à cet effet sur l'attestation de soins, et, d'autre part, la souche fiscale de cette même attestation (qui est de la compétence du ministre des Finances).

L'article 3 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002 prévoit que le dispensateur de soins doit mentionner dans la case prévue à cet effet de l'attestation de soins :

- soit le montant des honoraires payés
- soit le mot "oui", si le bénéficiaire a payé l'intégralité de l'intervention personnelle réglementaire ou le mot "non" si le bénéficiaire n'a pas payé d'intervention personnelle.

La mention "oui" ou "non" ou le montant effectif payé y compris la quote-part personnelle (ticket modérateur) est inscrit dans la case prévue à cet effet sur l'attestation de soins de sorte que la mutualité puisse vérifier si, sur base annuelle, la somme des tickets modérateurs payés dépasse le plafond du montant maximum. L'apposition de la mention "oui" ou "non" ne signifie pas que le dispensateur est conventionné ou ne l'est pas.

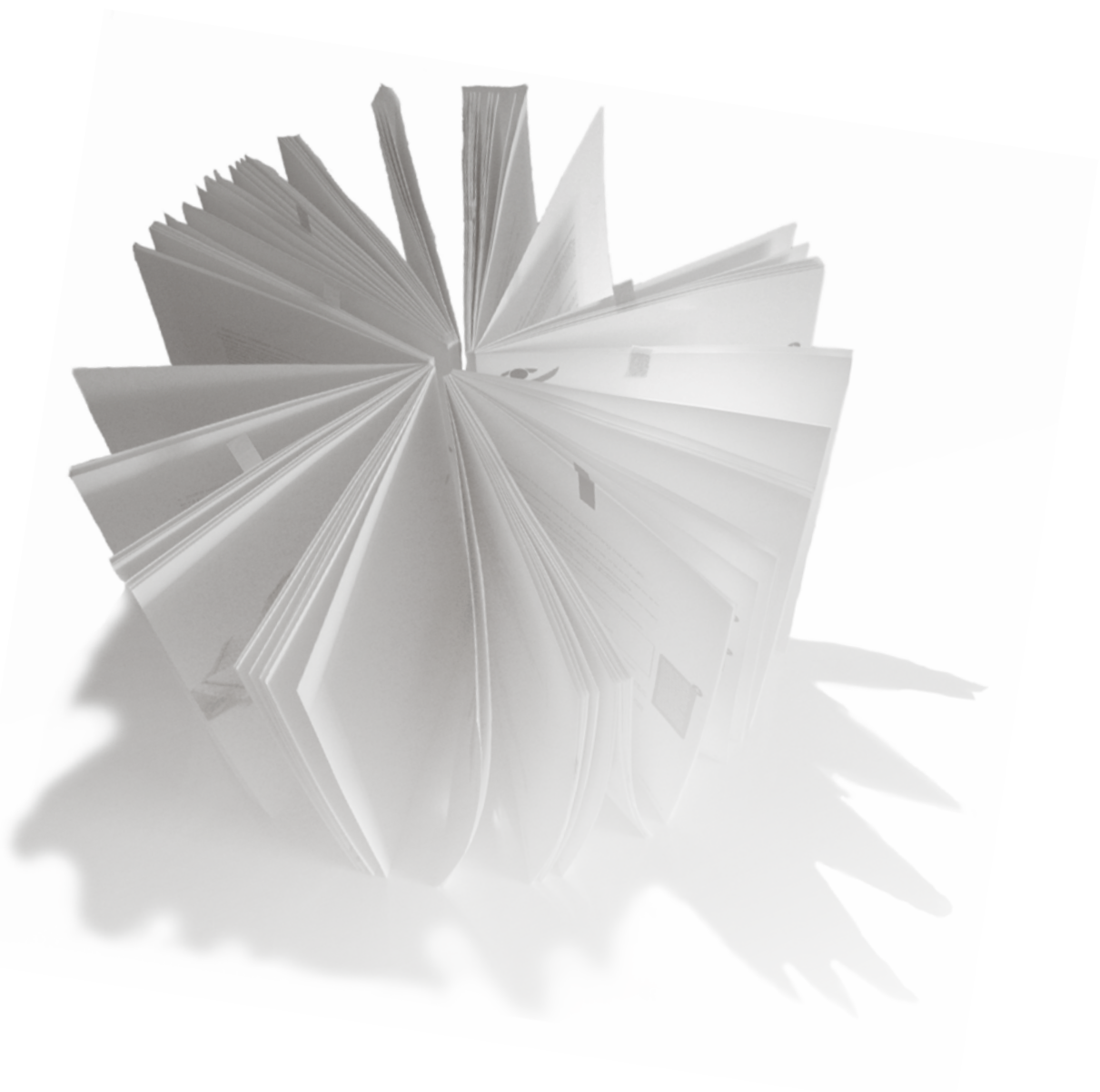
En ce qui concerne le montant payé par le patient, il doit figurer sur la souche fiscale. Le Moniteur belge du 23 janvier 1998 a publié la loi du 9 décembre 1997 modifiant l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992 en vue d'interdire aux dispensateurs de soins de détacher la souche fiscale des attestations de soins. Suite à cette modification, sans préjudice des dispositions et des compétences du ministre des Finances, le reçu et l'attestation de soins ne peuvent être disjoints.

Néanmoins, le patient conserve toujours le droit de détacher le reçu de l'attestation de soins avant la remise de cette dernière à sa mutualité, avec comme conséquence que le remboursement de prestations ou de fournitures dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé peut avoir lieu sur la base de la délivrance d'une attestation de soins même si la souche fiscale n'est plus attachée à l'attestation.

Comme vous le constatez, la législation actuelle permet au patient de disposer des informations quant au montant qu'il a payé. C'est alors à lui de décider ce qu'il fait de cette information.

5^e Partie

Directives de l'INAMI



Article 100, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 – Reprise d'un travail adapté – Suppression du caractère préalable de l'autorisation du médecin-conseil



Pour plus d'information sur cette matière, voir :

- la circulaire sur www.inami.be > organismes assureurs > Circulaires aux O.A. > Indemnités > Reprise de travail partiel : une procédure plus souple
- le dépliant “Reprise d'un travail adapté à votre état de santé en cours d'incapacité de travail” sur www.inami.be > citoyen > Indemnités > Incapacité de travail > activités autorisées pour les salariés
- ARBESU, C., “Mesures existantes dans le secteur de l'assurance indemnités (régime des travailleurs salariés)” dans *Le maintien au travail des travailleurs devenus partiellement inaptes*, Actes de l'après-midi d'étude organisé par l'A.J.P.D.S. le 25 avril 2013 sous la coordination scientifique de Michel Davagle, pp. 107-116.

...

1. Introduction

La loi-programme du 4 juillet 2011, publiée au Moniteur belge le 19 juillet 2011 ainsi que la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses, qui a été publiée au Moniteur belge le 30 mars 2012, ont modifié l'article 100, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En vertu de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée, le titulaire reconnu incapable de travailler peut reprendre un travail adapté moyennant l'autorisation du médecin-conseil, à condition que sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 % (et que cette reprise soit compatible avec son état de santé).

Dans le cadre du nouvel article 100, § 2 de la loi coordonnée, le titulaire reste tenu de solliciter préalablement l'autorisation du médecin-conseil pour pouvoir reprendre le travail au cours de son incapacité. Il doit également déclarer préalablement la reprise de ce travail à son organisme assureur (au plus tard le premier jour ouvrable qui précède cette reprise).

Ce titulaire pourra cependant reprendre le travail avant d'avoir obtenu l'accord du médecin-conseil de son organisme assureur puisque dans le cadre des nouvelles dispositions, l'*autorisation* du médecin-conseil pourra être donnée *après* la reprise mais dans un délai relativement court (dans les trente jours ouvrables à dater du premier jour de la reprise).

Quant aux conditions fixées pour l'octroi de l'autorisation de reprise d'un travail au cours de l'incapacité, celles-ci restent les mêmes que celles fixées avant la modification : le médecin-conseil doit s'assurer que le titulaire présente une réduction de sa capacité d'au moins 50 % sur le plan médical et que cette reprise d'activité est compatible avec son état de santé.

2. Ratio legis de la modification

La modification de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée s'inscrit dans une nécessité d'optimiser les mécanismes de réinsertion socioprofessionnelle au niveau du secteur des indemnités d'incapacité de travail et de favoriser ainsi, le retour au travail des titulaires reconnus en incapacité de travail, en assouplissant la procédure pour les titulaires qui souhaitent se réinsérer progressivement sur le marché du travail.

Cette modification supprime ainsi l'obligation, pour le titulaire en incapacité de travail, d'obtenir préalablement l'autorisation du médecin-conseil, pour la reprise d'un travail adapté au sens de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée.

Le titulaire reconnu en incapacité de travail ne devra plus attendre d'avoir obtenu l'autorisation du médecin-conseil pour reprendre le travail au cours de son incapacité (l'autorisation du médecin-conseil pouvant intervenir après la reprise du travail).

Le titulaire reste néanmoins tenu de déclarer préalablement la reprise du travail et de solliciter l'autorisation du médecin-conseil avant de reprendre le travail.

Cette nouvelle procédure ne s'applique pas aux reprises d'un travail frauduleux, ni aux reprises qui auraient fait l'objet de constatations par un organisme de contrôle social ou par un organisme assureur (dans le cadre par exemple, du datamatching).

Cette nouvelle procédure vise à soutenir les reprises de travail progressives des titulaires reconnus en incapacité de travail en dehors de toute situation de reprise frauduleuse.

3. Procédure de reprise d'un travail adapté au cours de l'incapacité de travail

3.1. Conditions et délai dans lesquels l'autorisation de reprise est octroyée

Le nouvel article 100, § 2, alinéa 2 de la loi coordonnée prévoit que le Roi détermine le délai et les conditions dans lesquels l'autorisation de reprise d'une activité professionnelle au cours de l'incapacité, est octroyée.

Par arrêté royal du 12 mars 2013, publié au Moniteur belge le 2 avril 2013, l'article 230, § 1^{er} et § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, qui contient les modalités d'exécution de l'article 100, § 2, alinéa 2 précité, a été adapté.

Par règlement du 19 septembre 2012, publié au Moniteur belge le 17 mai 2013, les alinéas 2 et 3 de l'article 16 du Règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, contenant les modalités relatives à la demande d'autorisation et à l'envoi de la formule d'autorisation, sont abrogés (puisque ces modalités sont dorénavant reprises à l'article 230, A.R. 03.07.1996).

LE TITULAIRE :

A. Déclaration de reprise d'une activité professionnelle au cours de l'incapacité de travail

Le titulaire reste tenu de déclarer préalablement toute reprise d'activité professionnelle durant son incapacité de travail.

Le titulaire qui souhaite reprendre une activité professionnelle au cours de son incapacité de travail, doit déclarer cette reprise à son organisme assureur, *au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement cette reprise.*

B. Demande d'autorisation d'exercer cette activité au cours de l'incapacité

Le titulaire qui souhaite reprendre une activité professionnelle au cours de son incapacité de travail doit également introduire une demande d'autorisation d'exercer cette activité, auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, *au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement cette reprise.*

C. Formulaire à compléter

Dans un souci de simplification, la déclaration de reprise du travail au cours de l'incapacité ainsi que la demande d'autorisation au médecin-conseil sont introduites par le titulaire à son organisme assureur au moyen d'un *formulaire unique.*

Ce formulaire unique contient deux volets : un volet "déclaration" destiné au Service administratif de l'organisme assureur et un volet "autorisation" destiné au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Le titulaire qui souhaite reprendre une activité professionnelle au cours de son incapacité de travail, doit compléter ce formulaire et le transmettre à son organisme assureur (par pli postal ou par la remise du formulaire à son O.A.), *au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement cette reprise.*

Ce formulaire unique comprend plusieurs questions pour lesquelles le titulaire doit cocher la réponse correspondante à sa situation et/ou compléter les informations demandées, notamment : le volume de travail dans le cadre de la reprise, la description des tâches à accomplir, l'horaire de travail, les coordonnées de l'employeur auprès duquel le titulaire reprend le travail adapté et les coordonnées du médecin-traitant et du médecin du travail.

Ce formulaire dûment complété vise à permettre au médecin-conseil de l'organisme assureur de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'octroi ou non de l'autorisation de reprendre un travail adapté au cours de l'incapacité de travail.

LE MÉDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR :

D. Examen de la demande d'autorisation par le médecin-conseil de l'organisme assureur

L'autorisation de reprise d'un travail durant l'incapacité peut être accordée par le médecin-conseil de l'organisme assureur à condition que sur le plan médical, le titulaire conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 % et pour autant que l'exercice de cette activité soit compatible avec l'affection en cause.

La condition relative à "la réduction de la capacité d'au moins 50 %", visée par l'article 100, § 2 de la loi coordonnée, porte exclusivement sur un *critère médical* (à la différence de l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée qui impose une réduction de la capacité de gain du travailleur à un taux égal ou inférieur à un tiers - critère économique).

Cette exigence d'une réduction de la capacité d'au moins 50 % visée à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée, *n'a pas trait* non plus au volume du travail pouvant être autorisé par le médecin-conseil (l'autorisation ne doit pas nécessairement correspondre à un mi-temps).

Sur la base du formulaire unique dûment complété par le titulaire et des éléments du dossier médical, le médecin-conseil de l'organisme assureur examine la demande d'autorisation de reprendre le travail au cours de l'incapacité.

Il n'est plus imposé au médecin-conseil de procéder systématiquement à un examen médical *si les éléments du dossier lui permettent de prendre une décision* en toute connaissance de cause.

Cependant, *dans certaines situations* (voir point E), la tenue d'un examen médical du titulaire reste nécessaire.

E. Situations dans lesquelles la décision du médecin-conseil est subordonnée à la tenue d'un examen médical

Pour garantir une uniformité et une objectivité dans le traitement des demandes d'autorisation, des guidelines (lignes directrices) ont été établies en collaboration avec la Commission Supérieure du Conseil médical de l'invalidité et en association avec le Comité de gestion du Service des indemnités, afin de définir les situations pour lesquelles un examen médical est nécessaire :

- a) De manière générale, si l'examen du dossier du titulaire (demande d'autorisation de reprise d'activité professionnelle au cours de l'incapacité) *ne permet pas* au médecin-conseil de s'assurer que les conditions visées à l'article 100, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sont présentes (réduction de la capacité d'au moins 50 % sur le plan médical et compatibilité de l'activité avec l'affection en cause), *le médecin-conseil procédera alors à un examen médical de ce titulaire.*

Puisque le titulaire exerce un travail adapté à son état de santé durant son incapacité de travail, l'évaluation de l'incapacité de travail au moment de l'examen médical doit s'effectuer sur base des dispositions de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée. Si, à l'occasion de cet examen médical, le médecin-conseil constate que les conditions visées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée ne sont pas ou plus présentes, il notifiera alors au titulaire une décision de fin de reconnaissance de l'état d'incapacité de travail sur la base de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée.

- b) La tenue d'un examen médical est toujours nécessaire dans les situations pour lesquelles le médecin-conseil doit rendre une *décision de refus d'octroi de l'autorisation de reprise d'activité ou de fin d'incapacité de travail.*

- c) L'examen médical est également toujours requis lorsque le titulaire a déclaré sa reprise du travail durant son incapacité de travail *dans un délai supérieur aux 14 jours civils* (voir point 3.2) à compter de ladite reprise (ainsi que dans les cas de reprise du travail sans autorisation). Dans ces situations, en effet, les dispositions de l'article 101 de la loi coordonnée sont applicables jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets. En vertu de cette disposition, le titulaire est soumis à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de son incapacité de travail sont réunies à la date de l'examen et ultérieurement.
- d) Lorsque la demande d'autorisation de reprise du travail porte sur une reprise *auprès du même employeur, dans une période inférieure à quatre semaines* à compter du premier jour de l'incapacité de travail, le médecin-conseil procédera à la tenue d'un examen médical du titulaire afin de s'assurer que les conditions visées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée sont remplies par le titulaire.
- e) Autorisation accordée pour une durée indéterminée : la mention d'une date de fin de la période de travail autorisé dans le formulaire d'autorisation est facultative.

Si l'autorisation est accordée pour une durée indéterminée, cette autorisation doit toujours être précédée d'un examen médical du titulaire par le médecin-conseil.

F. Délai dans lequel le médecin-conseil doit rendre sa décision

Le médecin-conseil de l'organisme assureur doit rendre sa décision *au plus tard* le trentième jour ouvrable à dater du premier jour de la reprise de l'activité professionnelle au cours de l'incapacité.

Il convient en effet pour le titulaire d'être fixé le plus rapidement possible sur sa situation (sécurité juridique) et sur le caractère compatible ou non de cette reprise avec son état de santé.

G. Notification de la formule d'autorisation

Lorsque le médecin-conseil de l'organisme assureur donne son autorisation à la reprise d'un travail adapté au cours de l'incapacité de travail, la formule d'autorisation est notifiée au titulaire, par pli postal, au plus tard dans les sept jours civils à dater de la décision.

Si le médecin-conseil a procédé à un examen médical en vue de rendre sa décision, la formule d'autorisation peut alors être remise au titulaire, à l'issue de l'examen médical.

L'autorisation rendue par le médecin-conseil doit préciser la nature, le volume et les conditions d'exercice de l'activité professionnelle autorisée au cours de l'incapacité de travail.

Cette autorisation est consignée dans le dossier médical et administratif du titulaire au siège de l'organisme assureur.

L'organisme assureur doit transmettre à l'INAMI, par le biais d'une *message électronique*, les données relatives à cette autorisation.

H. Périodicité de l'examen médical pratiqué dans le courant d'une période de reprise d'un travail adapté (art. 16 du Règlement des indemnités)

Durant le courant d'une période de reprise d'un travail adapté, le médecin-conseil de l'organisme assureur doit procéder au contrôle du degré d'incapacité de travail du titulaire au sens de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée, *au moins une fois tous les six mois sauf si les éléments figurant au dossier médical justifient un examen à une date ultérieure.*

L'article 16 du Règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, demeure d'application (les al. 2 et 3 de cet art. 16 ont été abrogés à la suite de la suppression du caractère préalable de l'autorisation accordée par le médecin-conseil et du fait que les modalités d'envoi de la formule d'autorisation sont dorénavant prévues à l'art. 230 de l'A.R. du 03.07.1996).

3.2. Conséquences en cas de déclaration tardive par le titulaire de sa reprise d'activité professionnelle au cours de l'incapacité

Le nouvel article 100, § 2, alinéa 3 de la loi coordonnée prévoit que le Roi détermine dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités pourront toutefois être octroyées en cas de non-respect par le titulaire, du délai et des conditions de déclaration (et de demande d'autorisation) de reprise du travail au cours de l'incapacité, *en-dehors de toute situation de reprise frauduleuse ou de constatation par un contrôleur social ou un organisme assureur (dans le cadre, par exemple du data-matching)*.

Par arrêté royal du 12 mars 2013, publié au Moniteur belge le 2 avril 2013, un nouveau paragraphe 2bis est inséré à l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, contenant les modalités d'exécution de l'article 100, § 2, alinéa 3 précité.

Ces nouvelles dispositions prévoient, en cas de non-respect par le titulaire du délai et des conditions de déclaration (et de demande d'autorisation) de reprise du travail au cours de l'incapacité, l'application d'une *sanction* lorsque la tardivité se situe dans un *délai de 14 jours* à dater de la reprise (voir point 3.2.A).

Si le titulaire a déclaré sa reprise au-delà de ce délai de 14 jours à dater de la reprise, celui-ci se voit appliquer les dispositions de l'article 101 de la loi coordonnée jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets (voir point 3.2.B).

A. Déclaration tardive, effectuée dans un délai de 14 jours civils à compter de la reprise

Le titulaire qui accomplit tardivement la formalité de déclaration (et de demande d'autorisation) de reprise du travail adapté, mais dont la tardivité se situe dans un délai de 14 jours civils à compter de la reprise du travail, se voit appliquer une sanction sous la forme d'une réduction de 10 % appliquée au montant journalier de son indemnité d'incapacité de travail (calculée conformément à la règle de cumul visée à l'art. 230 de l'A.R. du 03.07.1996).

En d'autres termes, dans cette situation, le titulaire peut se voir accorder les indemnités d'incapacité de travail calculées conformément à la règle de cumul visée à l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, *moyennant une réduction de 10 % appliquée au montant journalier de l'indemnité*.

Cette réduction de 10 % est appliquée à partir du premier jour de la reprise du travail jusque et y compris le jour de l'envoi du formulaire unique, le cachet postal faisant foi, ou de la remise du formulaire unique à l'organisme assureur.



Exemple d'application de la réduction de 10 %

Un titulaire reconnu incapable de travailler, introduit sa déclaration de reprise d'un travail adapté tardivement mais dans les 14 jours civils à compter de la reprise.

Calcul des indemnités dues en application de la règle de cumul visée à l'article 230 de l'arrêté royal (sans la réduction de 10%):

Revenu journalier : 784 EUR/26 = 30,1538 EUR

Neutralisation ONSS : 30,1538 EUR x 86,93 % = 26,2127 EUR

Tranches de revenus applicables à partir du 1^{er} décembre 2012

1^{re} tranche de 15,6068 EUR : 0 % : nihil

2^e tranche de 9,3641 EUR : 20 % : $(26,2127 \text{ EUR} - 15,6068 \text{ EUR}) = 10,6059 \text{ EUR}$
maximum 9,3641 EUR

$20 \% \times 9,3641 \text{ EUR} = 1,8728 \text{ EUR}$

3^e tranche de 9,3641 EUR : 50 % : $10,6059 \text{ EUR} - 9,3641 \text{ EUR} = 1,2418 \text{ EUR}$

$1,2418 \text{ EUR} \times 50 \% = 0,6209 \text{ EUR}$

Total : $1,8728 \text{ EUR} + 0,6209 \text{ EUR} = 2,4937 \text{ EUR}$ (montant de la réduction)

Montant journalier de son indemnité : $40 \text{ EUR} - 2,4937 \text{ EUR} = 37,5063 \text{ EUR} = 37,51 \text{ EUR}$

Tardivité inférieure à 15 jours civils : indemnités diminuées de 10%

L'intéressé introduit sa déclaration tardive endéans les 14 jours civils de la reprise : pour la période allant du 1^{er} jour de la reprise de l'activité jusque et y compris le jour de l'envoi du formulaire unique, le cachet postal faisant foi, ou de la remise du formulaire unique à l'organisme assureur, l'intéressé va percevoir une indemnité journalière de 37,5063 EUR *diminuée de 10%* (- 3,7506 EUR), soit au total :

$37,5063 \text{ EUR} - 3,7506 \text{ EUR} = 33,7557 \text{ EUR} = 33,76 \text{ EUR}$

B. Déclaration tardive, effectuée à partir du 15^{ème} jour civil à compter de la reprise

Lorsque le titulaire a accompli les formalités de déclaration (et de demande d'autorisation) dans un délai supérieur aux 14 jours civils à compter de la reprise, *les dispositions relatives à l'article 101 de la loi coordonnée* lui sont applicables à partir du premier jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets.

Dans ce cas, le médecin-conseil doit procéder au contrôle de l'incapacité de travail le plus rapidement possible (dans les trente jours ouvrables de la déclaration de la reprise du travail) et l'indu est limité aux seuls jours de travail (il est possible d'introduire une demande de renonciation à la récupération de cet indu auprès du Comité de gestion du Service des indemnités). Etant donné que les titulaires qui déclarent la reprise du travail adapté *au-delà des 14 jours calendrier* de la reprise ne peuvent pas bénéficier, en cas de renonciation à la récupération de l'indu, d'un traitement plus favorable que les titulaires qui déclarent leur reprise du travail dans les 14 jours de ladite reprise, il convient, pour déterminer le montant maximal de la renonciation dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 101, de tenir compte du montant des indemnités auxquelles l'intéressé aurait pu prétendre en application de la règle de cumul visée à l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, *diminuées de 10%*.

3.3. Conséquences en cas de refus d'octroi de l'autorisation de reprise du travail ou de décision mettant fin à l'incapacité de travail sur base de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée

Le nouvel article 100, § 2, alinéa 4 de la loi coordonnée prévoit que le Roi détermine dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités pourront toutefois être accordées pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision de refus d'autorisation ou de fin d'incapacité rendue par le médecin-conseil, *en-dehors de toute situation de reprise frauduleuse ou de constatation par un contrôleur social ou un organisme assureur (dans le cadre, par exemple du datamatching)*.

Par arrêté royal du 12 mars 2013, publié au Moniteur belge le 2 avril 2013, l'article 230, § 2^{ter} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, qui contient les modalités d'exécution de l'article 100, § 2, alinéa 4 précité, a été adapté.

Dans le cadre de ces nouvelles dispositions, lorsque le titulaire se voit notifier, après la reprise du travail, une décision de refus d'octroi de l'autorisation (pour non compatibilité de l'activité avec l'état de santé) ou une décision qui met fin à son incapacité de travail (parce qu'il ne conserve pas une réduction de sa capacité d'au moins 50 % sur le plan médical), il peut sous certaines conditions maintenir le bénéfice des indemnités pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision précitée :

- le titulaire a accompli les *formalités* de déclaration et de demande d'autorisation *dans le délai imparti* (au plus tard, le dernier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise du travail) et reprend le travail avant d'obtenir l'autorisation du médecin-conseil :
Dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative rendue par le médecin-conseil, le titulaire peut maintenir le bénéfice de ses indemnités calculées conformément à la règle de cumul visée à l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
- le titulaire a accompli *tardivement* (mais *dans les 14 jours* civils de la reprise) les formalités de déclaration et de demande d'autorisation et reprend le travail avant d'obtenir l'autorisation du médecin-conseil :
Dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative, le titulaire maintient le bénéfice de ses indemnités (calculées conformément à la règle de cumul visée à l'art. 230 de l'A.R.), *moyennant une réduction de 10 %* (voir point 3.2.A)
- le titulaire a accompli *tardivement* (*au-delà des 14 jours* civils de la reprise) les formalités de déclaration et de demande d'autorisation et reprend le travail avant d'obtenir l'autorisation du médecin-conseil :
Dans cette situation, les dispositions relatives à l'article 101 de la loi coordonnée lui sont applicables à partir du premier jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets (voir point 3.2.B).

4. Situation spécifique de la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante qui souhaite poursuivre son activité indépendante durant une période de protection de la maternité (régime salarié)

L'article 219^{ter}, § 5, alinéa 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 règle la situation spécifique de la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante qui souhaite poursuivre son activité indépendante durant la période de protection de la maternité dont elle fait l'objet dans le cadre de son activité salariée.

Conformément à cette disposition réglementaire, la travailleuse susvisée peut, sous certaines conditions, être autorisée à poursuivre son activité indépendante (exercée avant la mesure d'écartement) durant la mesure de protection de la maternité dont elle fait l'objet dans le cadre de son activité salariée.

Parmi ces conditions, la travailleuse susvisée doit demander *l'autorisation préalable au médecin-conseil de son organisme assureur* au moyen d'un formulaire de demande d'autorisation.

Dans cette situation, l'autorisation préalable du médecin-conseil reste donc maintenue pour la travailleuse susvisée (pour éviter qu'elle ou son enfant n'encourent un risque par la poursuite de son activité indépendante).

La circulaire O.A. n° 2000/285-406/06 du 4 août 2002 relative à l'application de l'article 219^{ter}, § 5 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, qui demeure d'application à la situation de la travailleuse susvisée, apporte des précisions sur la condition du "caractère préalable" de la demande d'autorisation pour la poursuite de l'activité indépendante durant une mesure d'écartement (dont elle fait l'objet dans le cadre de son activité salariée).

5. L'annexe V à VIII du Règlement des indemnités (non publiées au B.I.)

Les annexes V-1, V-1^{bis}, VI, VII-1 et VIII du Règlement des indemnités ont fait l'objet d'adaptations dans le cadre des nouvelles dispositions visées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée (suppression du caractère préalable de l'autorisation).

Ces annexes adaptées sont reprises en pièce jointe de la circulaire.

6. Entrée en vigueur

La présente circulaire et ses annexes entrent en vigueur le 12 avril 2013.

...



Circulaire O.A. n° 2013/156 – 249/21 du 11 avril 2013.

Formulaire à compléter en cas de reprise partielle d'une activité professionnelle durant l'incapacité de travail



Voir original dans la circulaire

Vous devez compléter et signer ce formulaire et le renvoyer à votre mutualité ou office régional de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) avant votre reprise d'activité ¹

Déclaration de reprise d'un travail adapté durant une incapacité de travail

Vous devez compléter ce formulaire si vous reprenez une partie de l'activité professionnelle que vous exercez avant votre incapacité de travail ou si vous reprenez une autre activité

Je soussigné : Nom et prénom (ou collez une vignette).....
 NISS numéro d'identification à la sécurité sociale (voir coin supérieur droit de votre carte SIS).....
 GSM ou numéro de téléphone
 E-mail (facultatif)

déclare que je reprends à partir du/../...

l'activité suivante de

Au moyen de la demande d'autorisation (reprise ci-dessous), je sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité, d'exercer cette activité.

Conscient du fait qu'une déclaration fautive, inexacte ou incomplète peut donner lieu à une sanction pénale conformément à l'article 233 du Code pénal social ou à une sanction administrative, **j'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète**

Date :/...../.....

Signature

1. À défaut de déclarer cette reprise d'activité dans le délai requis, vos indemnités d'incapacité de travail calculées en application de la règle de cumul des indemnités avec un revenu professionnel pourront être diminuées de 10% ou même vous être refusées.

Demande d'autorisation d'exercer une activité durant l'incapacité tout en maintenant la reconnaissance de l'incapacité de travail (art.100, § 2, de la loi du 14/07/1994)

Je soussigné,

sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de reprendre à partir du (jour/mois/année) ../../....

une activité professionnelle de

Il s'agit d'une activité (professionnelle)² de

- Ouvrier
 - chez le même employeur
 - chez un autre employeur
- Employé
 - chez le même employeur
 - chez un autre employeur
- Indépendant
- Toute autre activité
 - activité rémunérée
 - activité non rémunérée

Veuillez indiquer les jours et les heures durant lesquels vous allez travailler :

- Je travaille selon un *horaire fixe* (veuillez également compléter la grille horaire reprise ci-dessous).

Si les jours et les heures de travail sont identiques chaque semaine, veuillez compléter uniquement la semaine 1 (1^{re} ligne du tableau reprise ci-dessous):

Nombre d'heures par semaine :.....

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Semaine 1	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
Semaine 2	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
Semaine 3	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
Semaine 4	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...

- Je travaille selon un *horaire variable* (pas d'horaire fixe)

Nombre d'heures par semaine

Veillez mentionner toute information utile en rapport avec votre horaire de travail :

.....

.....

.....

Quelles tâches exercerez-vous? Décrivez toutes les activités/tâches que vous effectuerez séparément et le plus concrètement possible.

.....

.....

.....

Nom de votre employeur/ de votre organisation :

.....

Adresse :

.....

Tél :


Si vous disposez de ces données :


- Les données de votre médecin-traitant (nom, adresse, téléphone) :
.....
.....
- Les données du médecin du travail
.....
.....

J'affirme que la présente demande est sincère.

Date :

Signature :

 Veuillez nous transmettre ce formulaire *AVANT* la reprise de votre activité. Si votre contrat de travail a été adapté ou modifié ou si vous avez reçu un nouveau contrat de travail, veuillez joindre à ce formulaire une copie de ce contrat . Si vous ne disposez pas encore de l'avenant à votre contrat de travail ou du nouveau contrat de travail, veuillez adresser à votre mutualité une copie de ce contrat dès que vous serez en sa possession.

 Remarque importante

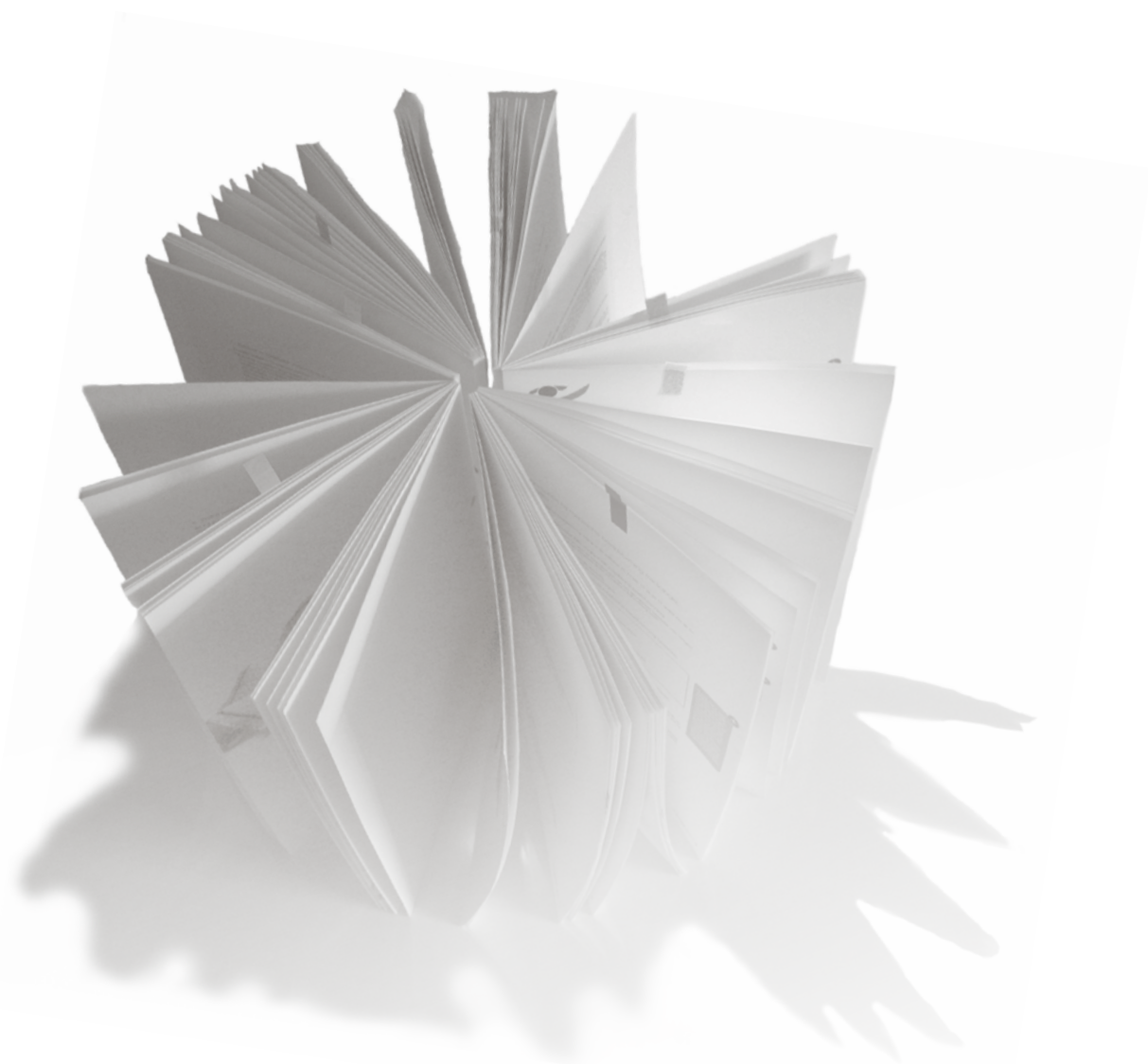
Il vous est loisible de reprendre, dans le courant de votre incapacité de travail, une partie de l'activité professionnelle que vous exerciez avant la survenance de votre incapacité de travail (ou une autre activité professionnelle qui est compatible avec votre état de santé). Il est requis que vous obteniez l'autorisation du médecin-conseil de votre organisme assureur pour continuer à être reconnu incapable de travailler.

Pour obtenir cette autorisation, vous devez déclarer votre reprise du travail et solliciter l'autorisation du médecin-conseil de votre organisme assureur au moyen du présent formulaire. Ce formulaire doit être envoyé *au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise du travail*, auprès de votre organisme assureur. Si ce délai n'est pas respecté, les indemnités d'incapacité de travail calculées en application de la règle de cumul des indemnités avec le revenu professionnel découlant du travail adapté, seront diminuées de 10 % voire même refusées.

Si vous éprouvez des difficultés pour compléter ce document, n'hésitez pas à prendre contact avec votre organisme assureur.

6^e Partie

Données de base



I. Revalorisation des indemnités - Adaptations

Régime général

1. Adaptation du plafond AMI
2. Revalorisation de 3 EUR du forfait d'aide de tierce personne
3. Revalorisation du montant de la prime de rattrapage octroyée après un an d'incapacité de travail (mesure conjoncturelle)

Régime indépendant

- a) Liaison des forfaits "avec charge de famille" octroyés aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise sur le montant minimum travailleur régulier avec charge de famille en vigueur dans le régime général
- b) Revalorisation de 3 EUR du forfait d'aide de tierce personne

1. Éléments de base

RÉGIME GÉNÉRAL

1) Adaptation du plafond AMI (mesure conjoncturelle)

Au 1^{er} avril 2013, le plafond journalier AMI à prendre en considération pour les cas d'incapacité primaire, de maternité et d'invalidité prenant cours au plus tôt au 1^{er} avril 2013 est revalorisé de 2 %. Le tableau D repris en annexe donne également les nouveaux maxima calculés sur base de ce nouveau plafond pour les cas d'incapacité primaire, de maternité et d'invalidité prenant cours au plus tôt ce jour là.

Le montant de base de ce nouveau plafond AMI est fixé à 99,7365 EUR (base 103,14). Adapté à l'indice pivot 119,62, ce montant s'élève, au 1^{er} avril 2013, à 131,6023 EUR.

2) Revalorisation de 3 EUR du forfait d'aide de tierce personne (mesure conjoncturelle)

À partir du 1^{er} avril 2013, le montant de base du forfait d'aide de tierce personne passe de 12,8122 EUR à 15,1573 EUR (base 103,14).

Adapté à l'indice pivot 119,62, ce forfait s'élève, au 1^{er} avril 2013, à 20,0001 EUR, arrondi à 20,00 EUR.

3) Revalorisation du montant de la prime de rattrapage octroyée après un an d'incapacité de travail (mesure conjoncturelle)

Au 1^{er} mai 2013, le montant de base de la prime de rattrapage octroyée au mois de mai de chaque année aux titulaires dont la durée de l'incapacité a atteint au moins 1 an au 31 décembre de l'année qui précède (N-1) passe de 157,7038 EUR à 207,7227 EUR (base 103,14).

Au mois de mai de l'année 2013, le montant de cette prime de rattrapage s'élève à 274,0901 EUR arrondi à 274,09 EUR (indice pivot 119,62).

RÉGIME INDÉPENDANT

a) Liaison des forfaits « avec charge de famille » octroyés aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise sur le montant minimum travailleur régulier avec charge de famille en vigueur dans le régime général (mesure conjoncturelle)

Les forfaits octroyés aux titulaires « avec charge de famille » en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise sont alignés au 1^{er} avril 2013 sur le montant minimum travailleur régulier avec charge en vigueur dans le régime général.

Ces forfaits s'élèvent désormais à (indice pivot 119,62) : 53,3230 EUR, arrondi à 53,32 EUR.

b) Revalorisation de 3 EUR du forfait d'aide de tierce personne (mesure conjoncturelle)

À partir du 1^{er} avril 2013, le montant de base du forfait d'aide de tierce personne passe de 12,8122 EUR à 15,1573EUR (base 103,14). Adapté à l'indice pivot 119,62, ce forfait s'élève, au 1^{er} avril 2013, à 20,0001 EUR, arrondi à 20,00 EUR.

2. Date d'application

1^{er} avril 2013 et 1^{er} mai 2013.

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé											
À partir du - Jusqu'à		01-01-2013	31-03-2013	01-04-2013	30-04-2013	à partir du 01-05-2013		Prochaine indexation			
Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)		119,62	1,3195	119,62	1,3195	119,62	1,3195	122,01 1,3459			
I. SALARIÉS											
1 - Plafond journalier AMI											
début d'incapacité	antérieur au 01/01/2005	123,3821		123,3821		123,3821		125,8507			
	du 01/01/2005 au 31/12/2006	125,8497		125,8497		125,8497		128,3676			
	du 01/01/2007 au 31/12/2008	127,1082		127,1082		127,1082		129,6514			
	du 01/01/2009 au 31/12/2010	128,1250		128,1250		128,1250		130,6885			
	du 01/01/2011 au 31/03/2013	129,0219		129,0219		129,0219		131,6033			
	à partir du 01/04/2013	-		131,6023		131,6023		134,2354			
2 - Incapacité primaire											
	du 01/01/2009 au 31/12/2010	76,8750	76,88	76,8750	76,88	76,8750	76,88	78,4131 78,41			
	du 01/01/2011 au 31/03/2013	77,4131	77,41	77,4131	77,41	77,4131	77,41	78,9620 78,96			
	à partir du 01/04/2013	-	-	78,9614	78,96	78,9614	78,96	80,5412 80,54			
Minimum A partir du 1 ^{er} jour du 7 ^e mois de l'incapacité de travail	Travailleur régulier										
	avec charge de famille isolés	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,3230	53,32	54,3898 54,39			
	cohabitants	42,6718	42,67	42,6718	42,67	42,6718	42,67	43,5256 43,53			
	Travailleur non régulier										
	avec charge de famille sans charge de famille	36,5880	36,59	36,5880	36,59	36,5880	36,59	37,3201 37,32			
		41,0943	41,09	41,0943	41,09	41,0943	41,09	41,9165 41,92			
		30,8207	30,82	30,8207	30,82	30,8207	30,82	31,4373 31,44			
3 - Invalidité											
Indemnité Journalière Maximum début d'incapacité primaire Minimum		avant le 01/10/1974									
		avec charge de famille	53,1230	53,12	53,1230	53,12	53,1230	53,12	54,1859 54,19		
		sans charge de famille	35,5519	35,55	35,5519	35,55	35,5519	35,55	36,2632 36,26		
		du 01/10/1974 au 31/12/2002									
		avec charge de famille isolés	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886 85,79		
		cohabitants	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904 72,59		
		du 01/01/2003 au 31/12/2004	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930 52,79		
		Invalide avant 01/01/2005									
		avec charge de famille isolés	82,4567	82,46	82,4567	82,46	82,4567	82,46	84,1065 84,11		
		cohabitants	69,7711	69,77	69,7711	69,77	69,7711	69,77	71,1670 71,17		
		Invalide du 01/01/2005 au 31/12/2006									
		avec charge de famille isolés	50,7426	50,74	50,7426	50,74	50,7426	50,74	51,7578 51,76		
		cohabitants	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886 85,79		
		du 01/01/2005 au 31/12/2006	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904 72,59		
		Invalide avant le 01/01/2007									
		avec charge de famille isolés	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930 52,79		
		cohabitants	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886 85,79		
		Invalide du 01/01/2007 au 31/12/2008									
		avec charge de famille isolés	84,9469	84,95	84,9469	84,95	84,9469	84,95	86,6465 86,65		
		cohabitants	71,8782	71,88	71,8782	71,88	71,8782	71,88	73,3163 73,32		
		du 01/01/2007 au 31/12/2007	52,2750	52,28	52,2750	52,28	52,2750	52,28	53,3209 53,32		
		Invalide avant le 01/01/2009									
		avec charge de famille isolés	83,2813	83,28	83,2813	83,28	83,2813	83,28	84,9476 84,95		
		cohabitants	70,4688	70,47	70,4688	70,47	70,4688	70,47	71,8787 71,88		
		Invalide à partir du 01/01/2009 ¹									
		avec charge de famille isolés	51,2500	51,25	51,2500	51,25	51,2500	51,25	52,2754 52,28		
		cohabitants	83,9475	83,95	83,9475	83,95	83,9475	83,95	85,6271 85,63		
		à partir du 01/01/2008									
		Invalide avant le 01/01/2009 ²	71,0325	71,03	71,0325	71,03	71,0325	71,03	72,4537 72,45		
		avec charge de famille isolés	51,6600	51,66	51,6600	51,66	51,6600	51,66	52,6936 52,69		
		cohabitants	82,6203	82,62	82,6203	82,62	82,6203	82,62	84,2734 84,27		
		Invalide du 01/01/2009 au 31/12/2010									
		avec charge de famille isolés	69,9095	69,91	69,9095	69,91	69,9095	69,91	71,3082 71,31		
		cohabitants	50,8433	50,84	50,8433	50,84	50,8433	50,84	51,8605 51,86		
		Invalide du 01/01/2009 au 31/12/2010									
		avec charge de famille isolés	83,2813	83,28	83,2813	83,28	83,2813	83,28	84,9476 84,95		
		cohabitants	70,4688	70,47	70,4688	70,47	70,4688	70,47	71,8787 71,88		
		Invalide du 01/01/2011 au 31/03/2013									
		avec charge de famille isolés	51,2500	51,25	51,2500	51,25	51,2500	51,25	52,2754 52,28		
		cohabitants	83,8642	83,86	83,8642	83,86	83,8642	83,86	85,5422 85,54		
		Invalide à partir du 01/04/2013									
		avec charge de famille isolés	70,9620	70,96	70,9620	70,96	70,9620	70,96	72,3818 72,38		
		cohabitants	51,6088	51,61	51,6088	51,61	51,6088	51,61	52,6413 52,64		
		Invalide à partir du 01/04/2013									
		avec charge de famille isolés	-	-	85,5415	85,54	85,5415	85,54	87,2530 87,25		
		cohabitants	-	-	72,3813	72,38	72,3813	72,38	73,8294 73,83		
	-	-	52,6409	52,64	52,6409	52,64	53,6941 53,69				
Minimum	Travailleur régulier										
	avec charge de famille isolés	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,3230	53,32	54,3898 54,39			
	cohabitants	42,6718	42,67	42,6718	42,67	42,6718	42,67	43,5256 43,53			
	Travailleur non régulier	36,5880	36,59	36,5880	36,59	36,5880	36,59	37,3201 37,32			
	avec charge de famille sans charge de famille	41,0943	41,09	41,0943	41,09	41,0943	41,09	41,9165 41,92			
		30,8207	30,82	30,8207	30,82	30,8207	30,82	31,4373 31,44			

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

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé - suite											
À partir du - Jusqu'au			01-01-2013	31-03-2013	01-04-2013	30-04-2013	à partir du 01-05-2013		Prochaine indexation		
Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)			119,62	1,3195	119,62	1,3195	119,62	1,3195	122,01	1,3459	
I. SALARIÉS (suite)											
4 - Maternité, paternité & adoption											
Maximum début de maternité, paternité, d'adoption et d'écartement du travail	du 01/01/2010 au 31/12/2010										
	Naiss. & adopt.	82,0 %	105,0625	105,06	105,0625	105,06	105,0625	105,06	107,16,46	107,16	
	Maternité	79,5 %	101,8594	101,86	101,8594	101,86	101,8594	101,86	103,8974	103,90	
		75,0 %	96,0938	96,09	96,0938	96,09	96,0938	96,09	98,0164	98,02	
	Écartement	60,0 %	76,8750	76,88	76,8750	76,88	76,8750	76,88	78,4131	78,41	
		78,237 %	100,2412	100,24	100,2412	100,24	100,2412	100,24	102,2468	102,25	
	du 01/01/2011 au 31/03/2013										
	Naiss. & adopt.	82,0 %	105,7980	105,80	105,7980	105,80	105,7980	105,80	107,9147	107,91	
	Maternité	79,5 %	102,5724	102,57	102,5724	102,57	102,5724	102,57	104,6246	104,62	
		75,0 %	96,7664	96,77	96,7664	96,77	96,7664	96,77	98,7025	98,70	
	Écartement	60,0 %	77,4131	77,41	77,4131	77,41	77,4131	77,41	78,9620	78,96	
		78,237 %	100,9429	100,94	100,9429	100,94	100,9429	100,94	102,9625	102,96	
	à partir du 01/04/2013										
	Naiss. & adopt.	82,0 %	-	-	107,9139	107,91	107,9139	107,91	110,0730	110,07	
Maternité	79,5 %	-	-	104,6238	104,62	104,6238	104,62	106,7171	106,72		
	75,0 %	-	-	98,7017	98,70	98,7017	98,70	100,6765	100,68		
Écartement	60,0 %	-	-	78,9614	78,96	78,9614	78,96	80,5412	80,54		
	78,237 %	-	-	102,9617	102,96	102,9617	102,96	105,0217	105,02		
5 - Divers											
	Gardiennage d'enfants (mensuel)		1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.531,9277	1.531,93	
	Gardiennage d'enfants (journalier)		57,7623	57,76	57,7623	57,76	57,7623	57,76	58,9203	58,92	
	Gardiennage d'enfants (salaire horaire)		9,1204	9,12	9,1204	9,12	9,1204	9,12	9,3032	9,30	
	1 ^{re} tranche activité autorisée		15,6068		15,6068		15,6068		15,9190		
	Tranches suivantes activité autorisée		9,3641		9,3641		9,3641		9,5514		
	Prime de bien-être (incapacité <01/10/1974)			123,95		123,95		123,95		123,95	
II. INDEPENDANTS											
1 - Incapacité primaire											
	avec charge de famille		52,4346	52,43	53,3230	53,32	53,3230	53,32	54,3898	54,39	
	isolé		40,3016	40,30	40,3016	40,30	40,3016	40,30	41,1080	41,11	
	cohabitant		32,7257	32,73	32,7257	32,73	32,7257	32,73	33,3805	33,38	
2 - Invalidité											
	n'ayant pas mis fin à leur entreprise										
	avec charge de famille		52,4346	52,43	53,3230	53,32	53,3230	53,32	54,3898	54,39	
	isolé		40,3016	40,30	40,3016	40,30	40,3016	40,30	41,1080	41,11	
	cohabitant		32,7257	32,73	32,7257	32,73	32,7257	32,73	33,3805	33,38	
	ayant mis fin à leur entreprise										
	avec charge de famille		53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,3230	53,32	54,3898	54,39	
	isolé		42,6718	42,67	42,6718	42,67	42,6718	42,67	43,5256	43,53	
	cohabitant		36,5880	36,59	36,5880	36,59	36,5880	36,59	37,3201	37,32	
3 - Indemnité de maternité & d'adoption											
	Indemnité hebdomadaire			440,501		440,50		440,50		449,32	
4 - Revenu professionnel annuel - art.28bis											
	À partir des revenus professionnels 2008			17 149,19		17 149,19		17 149,19		17 149,19	
III. REVENU AUTORISÉ DES PERSONNES À CHARGE											
	plafond statut avec charge		932,9789	932,98	932,9789	932,98	932,9789	932,98	951,6455	951,65	
	plafond statut isolés (revenu de remplacement)		1.026,8069	1.026,81	1.026,8069	1.026,81	1.026,8069	1.026,81	1.047,3508	1.047,35	
	plafond statut isolés (revenus professionnels)		1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.531,9277	1.531,93	
IV. ALLOCATION FORFAITAIRE POUR AIDE DE TIERCE PERSONNE											
			16,9057	16,91	20,0001	20,00	20,0001	20,00	20,4002	20,40	
V. RETENUE DE 3,5 % SUR LES INDEMNITÉS D'INVALIDITÉ											
1 - Plancher journalier											
	avec charge de famille			57,37		57,37		57,38		58,52	
	sans charge de famille			47,63		47,63		47,63		48,58	
2 - Retenue partielle sur les montants											
	avec charge de famille entre			57,38		57,38		57,38		58,53	
	et			59,44		59,44		59,44		60,63	
	sans charge de famille entre			47,64		47,64		47,64		48,59	
	et			49,35		49,35		49,35		50,33	
3 - Retenue intégrale à partir de											
	avec charge de famille			59,45		59,45		59,45		60,64	
	sans charge de famille			49,36		49,36		49,36		50,34	
VI. INDEMNITÉS MAXIMUM PERCUES DANS LE CADRE DU VOLONTARIAT											
	Montant journalier		32,7104	32,71	32,7104	32,71	32,7104	32,71	33,3649	33,36	
	Montant annuel		1 308,3766	1.308,38	1.308,3766	1.308,38	1.308,3766	1.308,38	1.334,5541	1.334,55	
VII. PRIME DE RATTRAPAGE (1 an d'incapacité au 31/12/N-1)											
	Salariés		208,0902	208,09	208,0902	208,09	274,0901	274,09	279,5740	279,57	
	Indépendants		208,0902	208,09	208,0902	208,09	208,0902	208,09	212,2535	212,25	



Circulaires O.A. n^{os} 2013/151 – 45/240, 482/118 du 3 avril 2013 et 2013/179 – 45/242, 482/119 du 29 avril 2013.

II. Modification du Tableau III : Salaire minimum pour employés catégorie I, fixé par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE) - Corrigendum

1. Éléments de base

Modification du tableau III : Salaire minimum pour employés catégorie I, fixé par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE) - Corrigendum

A partir du 1^{er} mars 2013, les titulaires en chômage contrôlé qui perçoivent une allocation forfaitaire de chômage (3^e période de chômage), lors de leur incapacité de travail, reçoivent, quelle que soit leur situation familiale, une indemnité d'incapacité de travail calculée sur base du salaire moyen du dernier code chiffre lors du début de l'incapacité de travail. Dès lors, le calcul des indemnités pour les chômeurs cohabitants en période forfaitaire n'est plus basé sur le salaire minimum pour employés catégorie I (neuf années d'expérience). Le tableau III a été adapté en ce sens et est d'application à partir du 1^{er} mars 2013 pour les titulaires dont l'incapacité de travail débute au plus tôt ce jour-là.

2. Date d'application

1^{er} mars 2013

La présente circulaire annule et remplace la circulaire O.A. n° 2013/113 – 45/239 du 1^{er} mars 2013. Le montant de la CPNAE avec 9 années d'expérience reste en effet d'application pour la catégorie des titulaires qui ne disposent d'aucun salaire de référence au début du risque et qui ne possèdent pas la qualité de chômeur contrôlé.



Circulaire O.A. n° 2013/186 - 45/243 du 6 mai 2013.

Tableau III - Période à partir du 1^{er} mars 2013

Incapacité primaire Catégorie de titulaire	Salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité	60 % du salaire	150 % de l'indemnité à 60 %	125 % de l'indemnité à 60 %	170 % de l'indemnité à 60 %	145 % de l'indemnité à 60 %
0 année d'expérience : <ul style="list-style-type: none"> ○ Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation de transition ○ Jeune chômeur qui effectue une formation professionnelle en entreprise ou un stage d'insertion en entreprise ○ Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation d'établissement ○ Titulaire pour lequel la mutualité ne dispose pas encore des données de la feuille de renseignements. 	62,5915	37,5549	56,3324	46,9436	63,8433	54,4546
9 années d'expérience : <ul style="list-style-type: none"> ○ Titulaire qui ne dispose d'aucun salaire de référence au début du risque et qui ne possède pas la qualité de chômeur contrôlé (assurance continuée). 	64,6288	38,7773	58,1660	48,4716	65,9214	56,2271

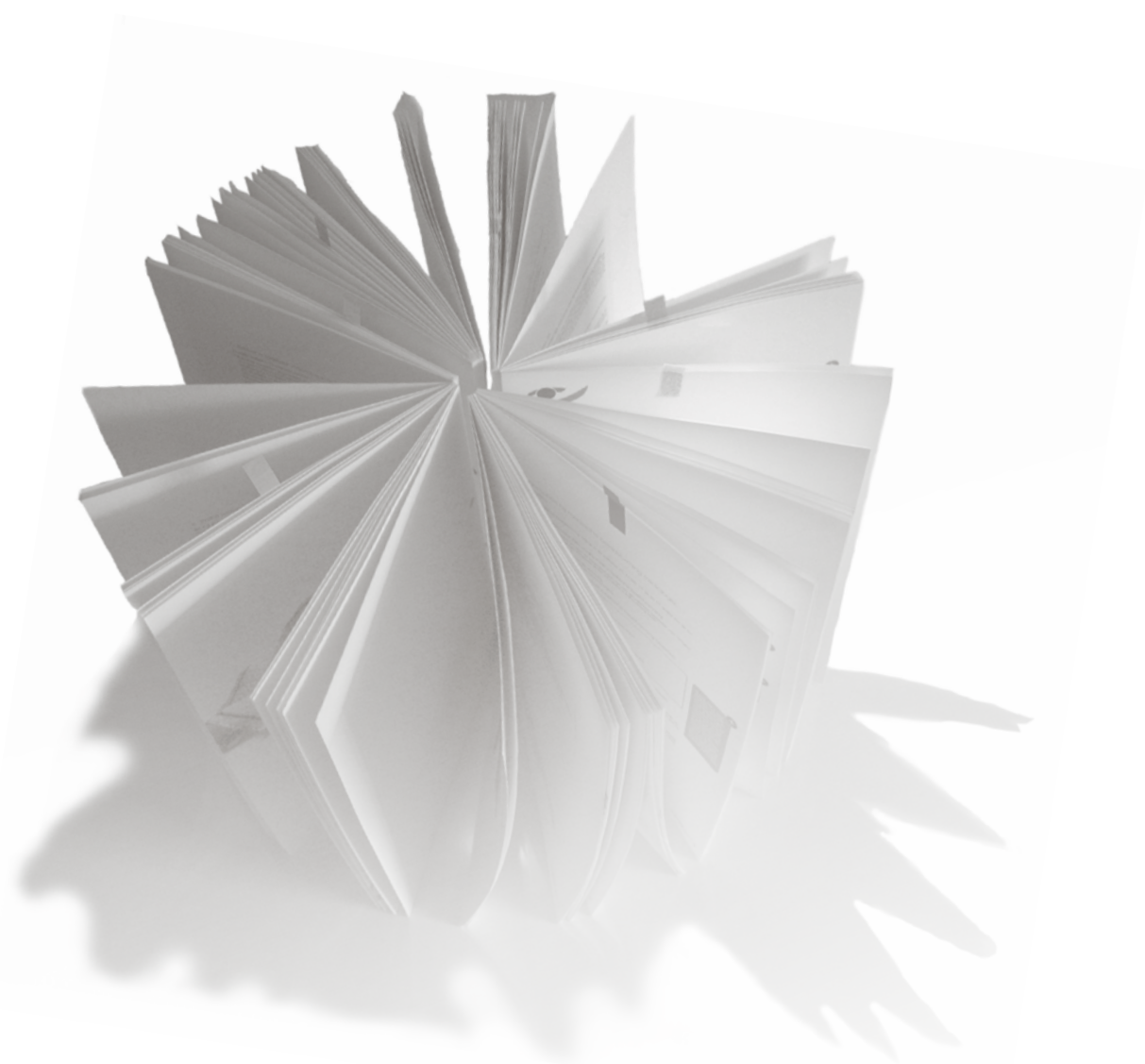
Tableau III (suite)- Période à partir du 1^{er} mars 2013

Invalidité Catégorie de titulaire	Salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité	65 % du salaire	55 % du salaire	40 % du salaire	150 % de l'indemnité à 65 %	125 % de l'indemnité à 65 %	170 % de l'indemnité à 65 %	145 % de l'indemnité à 65 %
0 année d'expérience : <ul style="list-style-type: none"> ○ Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation de transition ○ Jeune chômeur qui effectue une formation professionnelle en entreprise ou un stage d'insertion en entreprise ○ Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation d'établissement ○ Titulaire pour lequel la mutualité ne dispose pas encore des données de la feuille de renseignements. 	62,5915	40,6845	34,4253	25,0366	61,0268	50,8556	69,1637	58,9925
9 années d'expérience : <ul style="list-style-type: none"> ○ Titulaire qui ne dispose d'aucun salaire de référence au début du risque et qui ne possède pas la qualité de chômeur contrôlé (assurance continuée). 	64,6288	42,0087	35,5458	25,8515	63,0131	52,5109	71,4148	60,9126

Ces montants ne tiennent pas compte de l'application des minima

7^e Partie

Statistiques



Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 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	946.041	1.253.159	
b) Imagerie médicale	302.888	613.368	888.312	1.171.583	
c) Consultations, visites et avis	500.768	962.333	1.410.254	1.871.345	
d) Prestations spéciales	322.204	646.968	950.429	1.264.506	
e) Chirurgie	290.323	577.730	836.191	1.115.242	
f) Gynécologie	23.615	47.444	70.555	94.472	
g) Surveillance	100.801	201.122	294.631	391.822	
h) Forfait accréditation médecins	6.514	11.148	15.481	16.456	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	22	6.239	6.734	6.802	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	3.476	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	17.226	28.408	41.145	54.998	
m) Fonds d'impulsion	1.424	1.612	2.613	4.476	
n) Soutien de la pratique médecine générale	432	637	685	17.093	
Total médecins	1.886.293	3.745.514	5.463.071	7.265.430	7.304.023
2. a) Honoraires dentaires	204.028	402.097	585.624	790.518	807.888
b) Forfait accréditation	15	26	13.893	14.076	14.148
Total dentistes	204.043	402.123	599.517	804.594	822.036
3. Prestations pharmaceutiques	1.135.948	2.254.430	3.297.719	4.369.059	4.304.383
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	288.368	590.632	888.965	1.191.946	1.199.992
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.255	12.079	22.771	22.777	20.861
6. Soins par kinésithérapeutes	165.660	320.101	469.518	624.859	624.882
7. Soins par bandagistes	62.531	129.706	195.504	266.099	284.392
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	159.805	317.848	464.597	627.268	651.979
10. Soins par opticiens	6.599	12.694	18.259	23.946	31.809
11. Soins par audiciens	11.282	23.094	35.435	50.570	56.349
12. Accouchements par accoucheuses	3.973	8.013	12.078	16.088	16.733
13. Prix de la journée d'entretien	1.271.657	2.565.405	3.859.934	5.180.920	5.300.578
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	58.763	119.917	177.611	237.478	237.051
Transport	0	0	0	0	238
Total	1.330.420	2.685.322	4.037.545	5.418.398	5.537.867
14. Hôpital militaire - prix all-in	472	2.560	2.586	7.164	7.921
15. Dialyse					
a) Médecins	38.132	76.126	114.164	152.435	154.741
b) Forfait dialyse rénale	35.417	71.041	106.796	142.748	143.225
c) À domicile, dans un centre	26.722	53.892	81.485	108.859	119.345
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	0
Total dialyse	100.271	201.059	302.445	404.042	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	935.500	1.251.036	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	222.329	441.974	668.759	898.829	
c) Centres de soins de jour	4.624	9.212	13.929	18.962	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.048	155.878	229.534	302.939	
e) Prime syndicale	2.388	2.503	2.503	2.503	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	3.408	4.338	4.338	9.539	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	132	438	
Total	628.583	1.233.979	1.854.695	2.484.066	2.516.463
17. Fin de carrière	37.577	61.467	85.241	109.084	113.187
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	23.391	45.943	69.915	93.529	107.044
b) Initiatives d'habitation protégée	10.534	20.767	31.197	41.869	42.898
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	688	1.419	2.080	2.715	2.955
Total	34.613	68.129	103.192	138.113	152.897
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	127.460	266.005	397.389	533.774	602.074
20. Fond Spécial	1.041	2.446	3.125	4.130	19.640
21. Logopédie	20.417	41.241	57.321	77.657	76.914
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.895	15.031	22.172	29.719	31.143
24. Régularisations + Refacturation	-33.826	-58.944	-73.342	-85.337	-74.213
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	111.124	148.496	214.199	328.002	390.694
b) MAF fiscal	0	0	0	0	0
Total maximum à facturer	111.124	148.496	214.199	328.002	390.694
26. Patients chroniques	20.662	37.980	64.451	90.532	105.939
27. Soins palliatifs	3.925	8.181	11.240	12.274	12.485
28. Soins palliatifs (patient)	3.625	6.980	10.443	14.048	19.683
29. Matériel corporel humain	1.613	3.162	4.905	6.685	6.617
30. Équipes multidisciplinaires voitures	171	339	504	700	551
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	108	191	303	368	462
b) COMA	134	262	376	486	594
c) Projets thérapeutiques	105	201	237	337	4.698
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	347	654	916	1.191	5.754
32. Internés	4.001	17.602	17.699	29.200	33.595
33. Sevrage tabac	234	459	645	859	2.575
34. Circuit de soins psychiatriques	59	120	120	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	0	0
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	22.018	45.212	70.054	95.233	98.417
39. SM/SLA/Huntington	1.654	3.703	5.681	7.619	8.850
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	8.696
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	3.053
45. Accord social	0	65	823	8.688	18.199
46. Divers	1.539	2.003	2.684	3.255	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	0	0	145.443
Total général	6.363.652	12.612.485	18.667.167	24.984.852	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	2011.1 2010.1	2011.2 2010.2	2011.3 2010.3	2011.4 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			-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				
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				
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 voitures	-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		-25,4	-10,0	-9,2
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	109,6	0,0	0,0	0,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
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				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social				
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	8,8	6,3
b) Imagerie médicale	13,9	11,9	8,1	4,3
c) Consultations, visites et avis	4,1	4,4	5,2	3,8
d) Prestations spéciales	9,1	8,0	6,3	4,9
e) Chirurgie	8,6	7,0	5,0	4,1
f) Gynécologie	3,3	3,7	1,6	1,0
g) Surveillance	10,4	8,8	6,9	6,6
h) Forfait accréditation médecins	104,8	250,6	70,6	55,0
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	-52,2	0,9	4,1	3,9
k) Contrôle de qualité biologie clinique				-61,7
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	249,8	-16,0	-21,2	-14,4
m) Fonds d'impulsion	57,2	-46,3	-54,2	-35,2
n) Soutien de la pratique médecine générale	0,5	17,5	-50,8	7,4
Total médecins	10,0	8,1	6,2	4,4
2. a) Honoraires dentaires	3,0	3,4	3,4	3,7
b) Forfait accréditation	114,3	116,7	5,9	5,9
Total dentistes	3,0	3,4	3,5	3,7
3. Prestations pharmaceutiques	3,9	2,8	1,0	-0,6
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	7,7	9,2	7,2	6,8
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,5	25,4	15,5	15,5
6. Soins par kinésithérapeutes	3,9	1,1	2,5	3,0
7. Soins par bandagistes	6,2	5,4	5,7	5,5
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	16,3	16,4	14,8	13,8
10. Soins par opticiens	0,2	2,4	2,9	2,1
11. Soins par audiciens	-5,7	-4,0	-0,1	8,0
12. Accouchements par accoucheuses	3,3	6,3	4,9	4,2
13. Prix de la journée d'entretien	4,5	4,1	3,9	4,1
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	13,1	11,8	9,5	8,2
Transport				
Total	4,9	4,4	4,1	4,3

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	-66,0	-24,00
15. Dialyse				
a) Médecins	7,0	6,6	5,0	3,4
b) Forfait dialyse rénale	8,3	8,2	6,1	4,1
c) À domicile, dans un centre	3,6	4,8	3,0	1,8
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	6,5	6,6	4,9	3,2
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	5,6	6,7	6,2	5,4
b) Maisons de repos pour personnes âgées	0,7	3,5	4,0	4,4
c) Centres de soins de jour	22,6	20,0	18,7	15,7
d) Harmonisation salariale personnel MRS	8,9	7,9	6,5	6,6
e) Prime syndicale	2,0	6,9	-41,7	-41,7
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-32,5	-40,6	-58,5	-30,5
g) Centres de jour palliatifs				58,1
Total	4,0	5,5	5,0	5,0
17. Fin de carrière	9,0	10,4	10,9	11,3
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	2,0	-1,1	-3,0	-2,5
b) Initiatives d'habitation protégée	13,7	13,2	11,7	8,6
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	16,6	12,6	8,4	5,4
Total	5,6	3,1	1,2	0,8
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	10,5	9,2	9,2	6,8
20. Fond Spécial	-80,6	-71,2	-68,6	-65,9
21. Logopédie	4,2	4,3	4,2	4,2
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	3,9	4,9	2,9	3,3
24. Régularisations + Refacturation	-16,1	-10,2	-13,4	-14,5
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-11,4	-7,6	-4,2	-0,5
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	-11,4	-7,6	-4,2	-0,5
26. Patients chroniques	-0,5	6,5	16,3	5,5
27. Soins palliatifs	10,0	6,7	6,1	7,1

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	10,1	10,6
29. Matériel corporel humain	33,6	22,4	21,0	20,7
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	41,3	44,3	27,0	30,8
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-15,0	-15,1	-4,7	-8,7
b) COMA	12,6	6,1	0,8	-2,8
c) Projets thérapeutiques	-21,6	-23,6	-41,8	-35,3
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-8,7	-11,0	-16,6	-16,4
32. Internés	-38,5	163,2	10,3	-5,4
33. Sevrage tabac	4,5	6,7	2,5	2,6
34. Circuit de soins psychiatriques	1,7	-90,4	-93,0	-93,2
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,0	0,0	0,0	0,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	12,9	10,2	11,2	9,2
39. SM/SLA/Huntington	17,5	14,3	16,2	18,5
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social			-89,7	-51,9
46. Divers	17,9	34,6	-2,5	-61,4
Total général	6,2	5,8	4,7	3,8

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	74,8	99,5
2. a) Honoraires dentaires	25,3	49,8	72,5	97,8
b) Forfait accréditation	0,1	0,2	98,2	99,5
Total dentistes	24,8	48,9	72,9	97,9
3. Prestations pharmaceutiques	26,4	52,4	76,6	101,5
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	24,0	49,2	74,1	99,3
5. Frais spécifiques services soins à domicile	49,2	57,9	109,2	109,2
6. Soins par kinésithérapeutes	26,5	51,2	75,1	100,0
7. Soins par bandagistes	22,0	45,6	68,7	93,6
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	24,5	48,8	71,3	96,2
10. Soins par opticiens	20,7	39,9	57,4	75,3
11. Soins par audiciens	20,0	41,0	62,9	89,7
12. Accouchements par accoucheuses	23,7	47,9	72,2	96,1
13. Prix de la journée d'entretien	24,0	48,4	72,8	97,7
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	24,8	50,6	74,9	100,2
Transport	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	24,0	48,5	72,9	97,8

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2012 dans l'objectif 2012 - suite				
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	6,0	32,3	32,6	90,4
15. Dialyse				
a) Médecins	24,6	49,2	73,8	98,5
b) Forfait dialyse rénale	24,7	49,6	74,6	99,7
c) À domicile, dans un centre	22,4	45,2	68,3	91,2
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	24,0	48,2	72,5	96,8
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	25,0	49,0	73,7	98,7
17. Fin de carrière	33,2	54,3	75,3	96,4
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	21,9	42,9	65,3	87,4
b) Initiatives d'habitation protégée	24,6	48,4	72,7	97,6
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	23,3	48,0	70,4	91,9
Total	22,6	44,6	67,5	90,3
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	21,2	44,2	66,0	88,7
20. Fond Spécial	5,3	12,5	15,9	21,0
21. Logopédie	26,5	53,6	74,5	101,0
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	25,4	48,3	71,2	95,4
24. Régularisations + Refacturation	45,6	79,4	98,8	115,0
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	28,4	38,0	54,8	84,0
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	28,4	38,0	54,8	84,0
26. Patients chroniques	19,5	35,9	60,8	85,5
27. Soins palliatifs	31,4	65,5	90,0	98,3
28. Soins palliatifs (patient)	18,4	35,5	53,1	71,4
29. Matériel corporel humain	24,4	47,8	74,1	101,0

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	91,5	127,0
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	23,4	41,3	65,6	79,7
b) COMA	22,6	44,1	63,3	81,8
c) Projets thérapeutiques	2,2	4,3	5,0	7,2
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	6,0	11,4	15,9	20,7
32. Internés	11,9	52,4	52,7	86,9
33. Sevrage tabac	9,1	17,8	25,0	33,4
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	100,0	100,0	100,0	100,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	22,4	45,9	71,2	96,8
39. SM/SLA/Huntington	18,7	41,8	64,2	86,1
40. Patients chroniques extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
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	0,4	4,5	47,7
46. Divers	4,7	6,1	8,2	10,0
Total général	24,8	49,2	72,8	97,5

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs

Libellé	Mars 2012 (1)	Juin 2012 (2)	Septembre 2012 (3)	Décembre 2012/4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	6,73	9,72	8,77	6,27
b) Imagerie médicale	8,70	10,74	8,73	4,28
c) Consultations, visites et avis	4,83	4,87	6,57	3,82
d) Prestations spéciales	4,84	5,73	5,41	4,92
e) Chirurgie	5,04	4,89	4,44	4,12
f) Gynécologie	3,52	3,67	1,61	1,00
g) Surveillance	5,80	5,95	5,76	6,57
h) Forfait accréditation médecins	-3,08	29,13	17,82	55,00
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	1,76	3,38	4,54	3,89
k) Contrôle de qualité biologie clinique				-61,70
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	262,64	33,03	-10,67	-14,40
m) Fonds d'impulsion	2,54	-22,91	-52,80	-35,21
n) Soutien de la pratique médecine générale	39,73	45,35	30,27	7,42
Total médecins	6,83	7,22	6,62	4,45
2. a) Honoraires dentaires	2,12	3,11	3,39	3,71
b) Forfait accréditation	13,31	13,38	5,95	5,94
Total dentistes	2,29	3,27	3,44	3,74
3. Prestations pharmaceutiques	3,41	2,80	1,34	-0,64
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	6,57	8,62	7,01	6,77
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,97	16,56	15,12	15,48
6. Soins par kinésithérapeutes	3,93	2,50	2,84	2,99
7. Soins par bandagistes	8,98	8,54	7,61	6,93
8. Soins par orthopédistes	3,02	2,58	4,47	4,43
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	9,18	11,43	13,04	13,78
10. Soins par opticiens	0,64	2,54	3,48	2,14
11. Soins par audiciens	4,71	0,18	1,21	8,01
12. Accouchements par accoucheuses	5,32	6,57	4,65	4,17
13. Prix de la journée d'entretien	6,58	5,18	4,23	4,12
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	10,37	10,21	8,68	8,24
Transport				
Total	6,74	5,39	4,41	4,30

(1) Mars 2012 = (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011) / (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010)
(2) Juin 2012 = (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011) / (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010)
(3) Septembre 2012 = (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011) / (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010)
(4) Décembre 2012 = (12 mois 2012) / (12 mois 2011)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Mars 2012 (1)	Juin 2012 (2)	Septembre 2012 (3)	Décembre 2012 (4)
14. Hôpital militaire - prix all-in	1,33	-30,40	-51,33	-24,01
15. Dialyse				
a) Médecins	6,22	5,89	4,26	3,43
b) Forfait dialyse rénale	7,88	8,46	5,80	4,10
c) À domicile, dans un centre	5,14	4,89	1,41	1,77
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	6,50	6,51	4,01	3,21
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	12,09	10,74	8,00	5,44
b) Maisons de repos pour personnes âgées	1,23	2,38	2,75	4,37
c) Centres de soins de jour	21,80	21,70	21,21	15,66
d) Harmonisation salariale personnel MRS	5,84	6,83	5,84	6,62
e) Prime syndicale	85,39	90,30	-41,70	-41,70
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-33,78	-47,83	-40,99	-30,54
g) Centres de jour palliatifs	-48,89	-48,89		58,12
Total	6,94	6,74	5,54	4,98
17. Fin de carrière	10,47	10,94	11,01	11,28
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	9,40	4,27	-1,31	-2,52
b) Initiatives d'habitation protégée	9,81	12,22	12,57	8,61
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	16,88	12,88	9,92	5,44
Total	9,65	6,65	2,73	0,76
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	7,38	7,52	8,62	6,77
20. Fond Spécial	-61,69	-68,42	-71,83	-65,92
21. Logopédie	5,31	4,86	4,25	4,21
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	5,04	3,81	0,57	3,28
24. Régularisations + Refacturation	-19,66	-18,07	-19,17	-14,51
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-4,66	1,18	-1,89	-0,50
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	-4,66	1,18	-1,89	-0,50

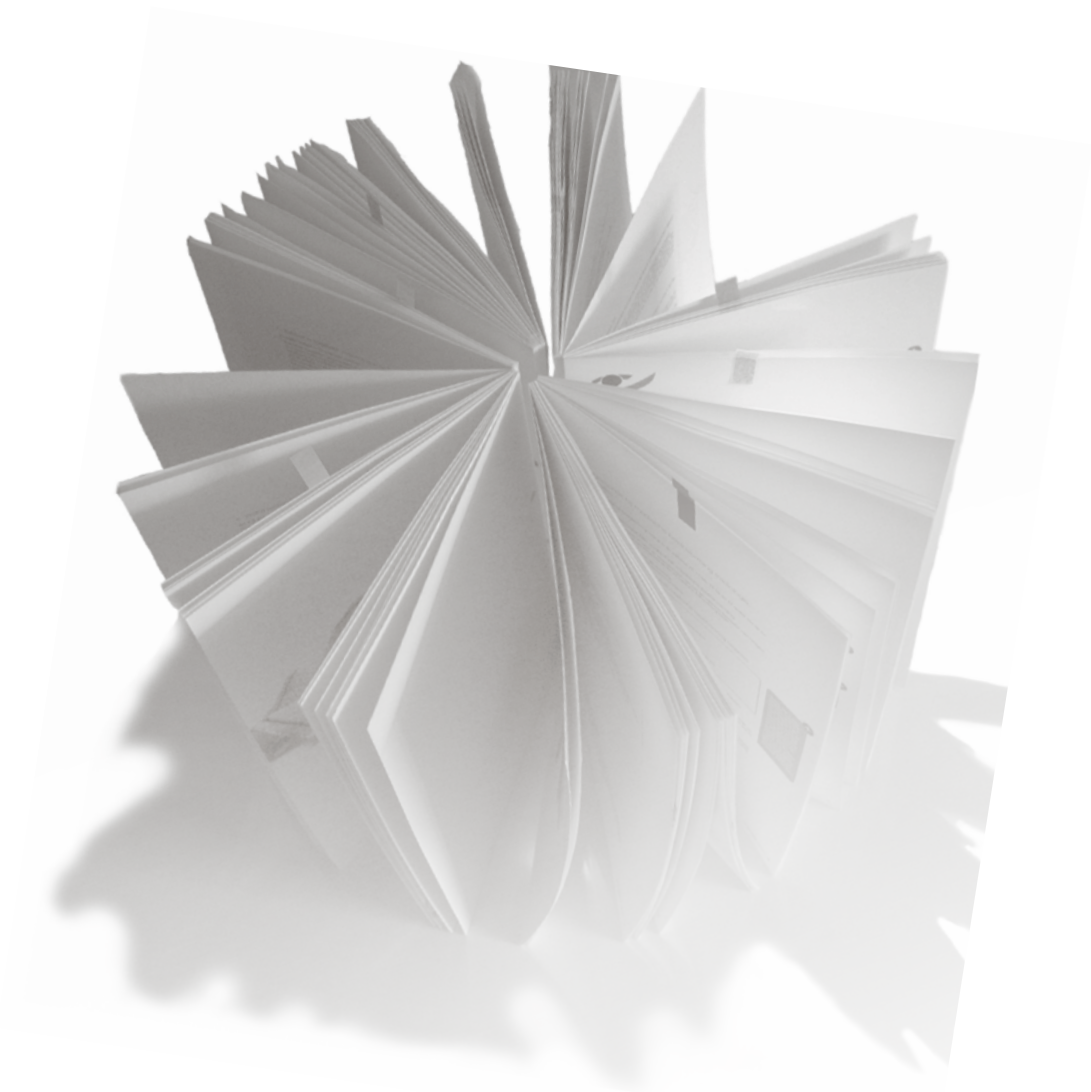
(1) Mars 2012 = (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011) / (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010)
(2) Juin 2012 = (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011) / (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010)
(3) Septembre 2012 = (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011) / (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010)
(4) Décembre 2012 = (12 mois 2012) / (12 mois 2011)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Mars 2012 (1)	Juin 2012 (2)	Septembre 2012 (3)	Décembre 2012 (4)
26. Patients chroniques	0,30	3,23	11,33	5,49
27. Soins palliatifs	11,67	9,24	8,89	7,10
28. Soins palliatifs (patient)	4,93	6,92	9,15	10,57
29. Matériel corporel humain	10,79	11,26	22,33	20,73
30. Equipes multidisciplinaires voitures	14,48	25,05	20,68	30,84
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-5,65	-7,75	-5,83	-8,68
b) COMA	5,97	6,40	3,50	-2,80
c) Projets thérapeutiques	-13,84	-23,63	-38,96	-35,32
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-4,99	-9,56	-15,68	-16,36
32. Internés	-16,63	42,44	-0,58	-5,39
33. Sevrage tabac	18,13	12,91	4,92	2,63
34. Circuit de soins psychiatriques	-11,78	-57,75	-89,74	-93,24
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	-34,34	0,00	0,00	0,00
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	19,13	16,50	14,24	9,18
39. SM/SLA/Huntington	22,76	16,43	16,01	18,45
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social			37,31	-51,94
46. Divers	-18,77	-4,76	-18,33	-61,44
Total général	5,96	5,93	4,95	3,77
(1) Mars 2012 = (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011) / (3 premiers mois 2011 + 9 derniers mois 2010) (2) Juin 2012 = (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011) / (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010) (3) Septembre 2012 = (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011) / (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010) (4) Décembre 2012 = (12 mois 2012) / (12 mois 2011)				

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


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